



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER

JÉSSICA AGUIAR PONTES

**CONDIÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO
CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL**

BRASÍLIA – DF

2016

Jéssica Aguiar Pontes

**CONDIÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO
CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília
– UnB, como requisito parcial à obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Prof.^a Sandra Oliveira Teixeira

BRASÍLIA – DF

2016

JÉSSICA AGUIAR PONTES

**CONDIÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO
CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília
– UnB, como requisito parcial à obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Sandra Oliveira Teixeira (Orientadora)

Universidade de Brasília – UnB

Prof.^a Dr.^a Mariléia Goin

Universidade de Brasília – UnB

Prof.^a Me. Liliam dos Reis Souza Santos

Universidade de Brasília – UnB

BRASÍLIA – DF

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus. Senhor, obrigada pela força, garra, persistência e coragem para a realização desse trabalho.

Aos meus pais, Francisca e Erismundo, por toda a paciência e amor que sempre tiveram comigo e pela ajuda financeira.

Ao meu companheiro Helder, que esteve comigo durante essa jornada e acreditou em mim nos momentos em que até eu duvidei, e me deu forças para não desistir.

Aos meus irmãos: Fernando, Eliza, e Roberta que sempre me deram palavras de incentivo e entenderam todas as minhas ausências. A minha irmã Patrícia, primeira na família a concluir curso superior, por ter sido um exemplo de persistência e foco, e me mostrar que podemos alcançar tudo aquilo que queremos através do nosso esforço.

A minha família que mesmo a distância sempre torceu por mim, em especial minha prima Leticia que compartilhou comigo momentos de aflição durante esse processo.

Aos meus chefes e colegas de trabalho que sempre me incentivaram e tornaram possível a conciliação entre o horário do trabalho e o horário da faculdade, inclusive minha grande amiga Nádia, pelos conselhos e por estar ao meu lado.

A Taíssa, minha companheira de estágio, que compartilhou comigo tantas experiências no HRAN, que me ouviu desde as primeiras inquietações e se manteve interessada até a conclusão deste projeto.

A toda equipe do Núcleo de Serviço Social do Hospital Regional da Asa Norte, que durante minha fase de estágio e pesquisa me receberam de braços abertos, em especial minha supervisora de campo Ana Alice, por problematizar comigo aspectos tão importantes da prática profissional.

As assistentes sociais que participaram das entrevistas, pela disponibilidade em contribuir com meu trabalho.

Aos amigos e colegas de faculdade, que trilharam esse caminho junto comigo e participaram do meu processo de crescimento pessoal, intelectual e profissional.

A todos os professores que se dedicaram a minha formação acadêmica. Destaco aqui a professora Sandra, minha supervisora acadêmica de estágio e orientadora nesta pesquisa, por me ajudar na elaboração desse trabalho, pelo acompanhamento e por tornar essa experiência um momento tão agradável e gratificante. Obrigada pela paciência, compreensão, dedicação e pelas valiosas contribuições.

Agradeço a todos que passaram pelo meu caminho e que acreditaram no meu potencial.

Muito Obrigada!

“Educação não transforma o mundo.

Educação muda pessoas.

Pessoas transformam o mundo.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Este trabalho tem como tema a condição da autonomia profissional do assistente social no contexto de precarização da política social, com a finalidade de fazer uma reflexão sobre as transformações que aconteceram no mundo do trabalho nessa conjuntura neoliberalista e nas políticas sociais, com o processo de mercantilização e precarização, que vão impactar na autonomia profissional dos assistentes sociais. Nele buscou-se discutir a relação entre o projeto profissional e a condição de trabalhador assalariado do assistente social, passando pela análise dos aspectos teóricos-metodológicos, ético-políticos e normativos da autonomia relativa profissional. Para tanto, discutiu-se a configuração do exercício profissional do assistente social na saúde, citando a reforma sanitária e sua relação com o projeto ético político profissional, ressaltando a contrarreforma da política de saúde e as implicações para a autonomia profissional. Fundamentado nos depoimentos das assistentes sociais entrevistadas, utilizando a técnica de convergência e divergência de discursos, observou-se que as assistentes sociais não se limitaram à graduação e demonstram compromisso com seu aprimoramento intelectual e formação continuada, e entendem que a produção do conhecimento é indispensável para uma intervenção de qualidade e para uma visão crítica da realidade. As assistentes sociais sinalizam uma concepção sobre autonomia profissional ligada ao exercício da profissão e as atribuições privativas do serviço social, que estão regulamentadas, e identificam-na como uma possibilidade de imprimir os princípios teóricos da profissão através da intervenção e dos instrumentais técnicos-operativos.

Palavras-chave: Serviço Social; Autonomia Profissional; Trabalho Assalariado; Saúde.

ABSTRACT

This work has as its theme the condition of the professional autonomy of the social worker in the context of precarious social policy, with the purpose of making a reflection on the transformations that happened in the world of work in this neoliberalist conjuncture and in social policies, with the process of commodification and precariousness, which will impact on the professional autonomy of social workers. It sought to discuss the relationship between the professional project and the salaried worker of the social worker, through the analysis of the theoretical-methodological, ethical-political and normative aspects of professional relative autonomy. For that, the configuration of the social worker's professional practice in health was discussed, citing the health reform and its relationship with the professional political ethical project, highlighting the counter-reform of health policy and the implications for professional autonomy. Based on the testimonies of the social workers interviewed, using the technique of convergence and divergence of discourse, it was observed that social workers were not limited to graduation and demonstrate commitment to their intellectual improvement and continuing education, and understood that the production of knowledge is indispensable for quality intervention and for a critical view of reality. Social workers signal a conception of professional autonomy linked to the exercise of the profession and the exclusive attributions of social service, which are regulated, and identify it as a possibility to print the theoretical principles of the profession through intervention and technical-operative instruments.

Keywords: Social Service; Professional Autonomy; Salaried work; Cheers

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ART.	Artigo
AS	Assistente Social
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFIS	Comissão de Orientação e Fiscalização
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DEC.	Década
DF	Distrito Federal
EAD	Ensino à Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENESSO	Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
GDF	Governo do Distrito Federal
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
NSS	Núcleo de Serviço Social
PNF	Plano Nacional de Fiscalização
PSF	Programas de Saúde da Família
RX	Raio-X
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – SERVIÇO SOCIAL E AUTONOMIA RELATIVA PROFISSIONAL	18
1.1 O projeto ético-político profissional e o assistente social como trabalhador assalariado	18
1.2 Autonomia relativa profissional: aspectos teóricos-metodológicos, ético-políticos e normativos	23
1.3 Implicações da precarização do trabalho para o exercício profissional	28
CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL E CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE	34
2.1 O exercício profissional do assistente social na saúde	34
2.2 Reforma sanitária e projeto ético-político profissional	38
2.3 A Contrarreforma da política de saúde e implicações para a autonomia profissional	42
CAPÍTULO III – CARACTERÍSTICAS DA AUTONOMIA RELATIVA PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE	51
3.1 Conhecendo o cenário de pesquisa: o Hospital Regional da Asa Norte e o Núcleo de Serviço Social	51
3.2 A condição da autonomia profissional do assistente social	54
3.3 A importância da Política Nacional de Fiscalização e da formação profissional para a autonomia relativa profissional	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	71

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem como tema a autonomia no exercício profissional do assistente social frente às condições objetivas sob as quais se desenvolve no contexto de precarização da política de saúde e da condição de trabalhador assalariado.

As primeiras inquietações partiram da experiência de estágio supervisionado em serviço social das disciplinas de Estágio em Serviço Social 1 e 2 do curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília, que foi no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) – Brasília DF, no ano de 2015.

O processo de estágio teve forte influência, visto que, neste momento de vivência da atuação profissional das assistentes sociais na instituição, podemos observar o quanto esse é um espaço de tensões entre o profissional, o empregador, a equipe e o usuário. O assistente social mesmo sendo um profissional liberal está inserido na instituição como trabalhador assalariado e parte de uma equipe multidisciplinar, e precisa realizar uma intervenção em conjunto com os demais profissionais, que muitas vezes desconhecem ou até subestimam as atribuições privativas do profissional do Serviço Social.

Existem de fato desafios em relação à concretização do projeto ético-político do serviço social nos mais variados espaços de atuação, tendo em vista o aprofundamento da barbárie, a agudização das expressões da “questão social” e a precarização das políticas sociais. Esta conjuntura acirra no cotidiano as tensões entre a prática profissional, comprometida com os interesses e direitos dos usuários, e os interesses institucionais, que por vezes caminham em direção contrária aos interesses da classe trabalhadora.

Atualmente, na ótica neoliberal de minimização do Estado para o “social”, de redução dos direitos sociais e trabalhistas, de precarização do trabalho, de focalização, privatização, contenção de gastos com direitos sociais, o trabalhador é cada vez responsabilizado pelo atendimento de suas necessidades, para assim, desonerar o capital. Nesta conjuntura, torna-se ainda mais desafiadora a contribuição do assistente social na luta pela universalização dos direitos sociais.

O presente estudo busca desvendar como tem se caracterizado a autonomia relativa profissional em um contexto de precarização do trabalho e de focalização e avanço de conservadorismo nas políticas sociais, principal espaço de trabalho do assistente social.

Através da análise das contradições, conflitos e dos limites institucionais presentes na atuação profissional, discutindo a importância da autonomia profissional para efetivar a atuação do assistente social sintonizado com as possibilidades de uma ação com o respaldo do Projeto Ético-Político Profissional que norteia a prática profissional em direção a um projeto societário mais justo e democrático.

Cabe ressaltar que a produção teórica sobre o tema ainda é escassa e em sua maioria está situada no campo dos fundamentos do Serviço Social e em menor medida nas reflexões sobre as particularidades do exercício profissional nos diferentes espaços sócio ocupacionais. O trabalho profissional do assistente social deve ser apreendido nas suas múltiplas determinações e também devem ser consideradas as particularidades dos espaços sócio ocupacionais.

É necessária a análise das particularidades atribuídas à natureza da profissão e ao significado social de seu exercício, na divisão social e técnica do trabalho, no processo de produção e reprodução das relações sociais e suas implicações para a interpretação e condução do trabalho do assistente social na atualidade.

O entendimento da profissão para seu efetivo exercício agrega novas determinações e mediações essenciais para elucidar o significado social do trabalho do assistente social, considerando seu caráter contraditório – enquanto exercício profissional especializado que se realiza por meio do trabalho assalariado alienado (IAMAMOTO, 2007).

Com as mudanças ocorridas nos espaços ocupacionais devido ao processo de reestruturação produtiva e gerencial, de intensificação, desregulamentação e flexibilização do trabalho e de reorganização do Estado vem ocorrendo a perda de direitos conquistados. As políticas públicas são submetidas aos ditames do neoliberalismo, alimentando respostas profissionais imediatistas desvinculadas dos movimentos coletivos de luta por direitos, alterando a demanda de trabalho do assistente social, modificando o mercado de trabalho, no qual os assistentes sociais integram enquanto trabalhadores assalariados.

Torna-se um desafio transformar o projeto ético-político profissional em um “*guia efetivo para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de sua implementação efetiva, ainda que na contramão da maré neoliberal, a partir de suas próprias contradições e das forças políticas que possam somar na direção por ela apontada*” (IAMAMOTO, 2007, p.233, grifo da autora).

A política de saúde tem sido um dos principais campos de trabalho do assistente social, onde o principal vínculo empregatício ocorre com o Estado, de acordo com a pesquisa do CFESS de 2005 sobre o perfil profissional, do total de assistentes sociais ligados às atividades dos Conselhos de Direito e ou Políticas Sociais, 16,67% atuam na área da saúde.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 mudou a forma de gestão das políticas sociais, uma vez que suas disposições normativas passam a reconhecer os municípios como entes federados autônomos; apontam para a reforma do Estado, considerada como indispensável à construção de uma sociedade mais participativa e eficiente democraticamente; e para a necessidade de adoção, pelo setor público, de uma prática gerencial voltada ao fortalecimento da administração pública.

Neste sentido a participação da(o) assistente social nos conselhos de direitos ou de políticas sociais indica o exercício do “controle social”, o que implica o exercício democrático de acompanhamento da gestão e avaliação da política, do plano da política e dos recursos financeiros destinados à sua implementação. Entende-se como uma das formas de exercício desse controle o zelo pela ampliação e qualidade da rede de serviços para todos destinatários da política. (CFESS, 2005, p.48)

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social, é uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária. Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde (CFESS, 2010).

Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (CFESS, 2010).

Contudo, já na década de 90, vem consolidando-se uma direção política das classes dominantes no processo de enfrentamento da crise brasileira, cuja principal estratégia do grande capital passa a ser a acirrada crítica às conquistas sociais. Verifica-se, nessa década, a afirmação das contrarreformas de cunho neoliberal. O projeto do grande capital tem como vetores privilegiados, a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor.

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a

concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais (CFESS, 2010).

Entende-se que todas essas medidas visam ao estímulo à mercantilização, à refilantropização e ao seguro privado de saúde. Então, tem-se um padrão de serviços restrito aos pobres, com as ações mínimas e programas focalizados, e um outro sistema de saúde para os consumidores, ou seja, aqueles que pagam para acessar o serviço de saúde. Defende-se o desfinanciamento do setor público, a contenção dos gastos, racionalização da oferta e ênfase nas ações privadas que passam de complementares para essenciais.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a qual a classe trabalhadora tem sido submetida (CFESS, 2010).

Com base nestas ponderações, questiona-se: como tem se caracterizado a autonomia relativa dos assistentes sociais frente à precarização do trabalho e das políticas sociais?

O objetivo desse trabalho de pesquisa é problematizar a condição da autonomia profissional relativa no contexto neoliberal de transformações no mundo no trabalho e nas políticas sociais, a fim de sanar as indagações que surgiram no momento do estágio.

Procedimentos Metodológicos

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro do potencial criativo do investigador (MINAYO, 2001).

O método orientador dessa pesquisa é o da Dialética, por entender que o mesmo leva a uma maior aproximação com a dinamicidade e a contradição no movimento da realidade.

Ela se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. [...] Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos. Desta forma, considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. [...] Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou "objetos sociais" apresentam. (MINAYO, 2001, p. 25)

Nesta concepção teórico-metodológica de Marx inserem-se ainda as categorias da totalidade e contradição.

Para Marx, a sociedade burguesa é uma totalidade concreta. Não é um “todo” constituído por “partes” funcionalmente integradas. Antes, é uma totalidade concreta inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade. Nenhuma dessas totalidades é “simples”. Cabe à análise de cada um dos complexos constitutivos das totalidades esclarecer as tendências que operam especificamente em cada uma delas. Mas a totalidade concreta e articulada que é a sociedade burguesa é uma totalidade dinâmica – seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica. Sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes. (NETTO, 2009, p.17)

A pesquisa foi desenvolvida seguindo uma abordagem qualitativa, que se preocupa, nas ciências sociais, em trabalhar a realidade subjetiva e observar como cada indivíduo experimenta, concretamente, a realidade pesquisada, de uma forma não perceptível e captável em estatísticas.

A pesquisa qualitativa, trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...] não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. (MINAYO, 2001, p.21)

A coleta de dados ocorreu por meio do uso das técnicas de levantamento bibliográfico e documental, observação participante e realização de entrevista semiestruturada.

O levantamento e o estudo bibliográfico compreenderam a leitura, de livros, artigos, periódicos, dentre outros, sobre os temas: serviço social e saúde; autonomia profissional no exercício da profissão; políticas sociais; projeto ético-político profissional e trabalho assalariado.

Quanto ao levantamento documental, este envolveu a legislação sobre a profissão do Serviço Social, legislação sobre saúde, legislação que dispõe sobre o trabalho do Serviço Social na Secretaria de Saúde do DF e o plano de trabalho do Serviço Social no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

A segunda técnica utilizada, a observação participante, aconteceu durante a prática do estágio supervisionado no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) nos dois semestres do ano de 2015. As informações coletadas foram documentadas em um diário de campo que também serviu de base para a pesquisa.

A terceira técnica consistiu na entrevista semiestruturada. Foi elaborado um roteiro (APÊNDICE A) articulando as modalidades caracterizadas como estruturadas e não-estruturadas, sendo a primeira mais dirigida e pressupõe a existência de perguntas fechadas previamente formuladas e a segunda menos dirigida, aberta, onde o entrevistado discorre sobre o tema proposto.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas de forma integral, logo em seguida identificamos os aspectos mais significativos sobre a temática, levando em consideração nos discursos das profissionais de serviço social aspectos de aproximação e distanciamento usando a técnica de convergência e divergência de discursos.

O universo da pesquisa é composto por um total de 12 (doze) assistentes sociais e foi usada uma amostra de 3 (três) para realização deste estudo. A amostra foi determinada pelo número de profissionais que aceitou participar da pesquisa.

Todas as assistentes sociais participantes da pesquisa foram convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B), após a leitura do mesmo. Este é um documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar.

O termo foi impresso em duas vias. A primeira ficou com o entrevistado e a segunda com o entrevistador. Este termo assegura que os nomes não serão divulgados, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-los.

Além disso, foram respeitados, os participantes, sua autonomia e vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por manifestação expressa, livre e esclarecida, observando os dispositivos do Código de Ética do Assistente Social que demonstram nosso compromisso na realização da pesquisa.

Diante o exposto, o trabalho de conclusão de curso foi estruturado na seguinte forma. No primeiro capítulo abordamos o tema “Serviço Social e Autonomia Relativa”, com base na relação entre o projeto profissional e a condição de trabalhador assalariado do assistente social. Em seguida passamos para a análise dos aspectos teóricos-metodológicos, ético-políticos e normativos da autonomia relativa profissional e encerramos o capítulo com o debate sobre as implicações da precarização do trabalho para o exercício profissional com ênfase na autonomia profissional.

No segundo capítulo trabalhamos o “Serviço Social e a Contrarreforma da Política de Saúde”, como se configura o exercício profissional do assistente social na saúde, passando pela reforma sanitária e sua relação com o projeto ético político profissional, ressaltando a contrarreforma da política de saúde e as implicações para a autonomia profissional.

O terceiro e último capítulo, reservamos para os resultados coletados sob o título “Características da autonomia relativa profissional na área da saúde”, onde incluímos um breve histórico sobre a instituição usada no universo da pesquisa e apresentamos os relatos das assistentes sociais sobre o tema estudado.

A seguir veremos de forma mais detalhada todos esses capítulos, esperamos que essa seja uma leitura prazerosa e proveitosa.

CAPÍTULO I – SERVIÇO SOCIAL E AUTONOMIA RELATIVA PROFISSIONAL

1.1 O projeto ético-político profissional e o assistente social como trabalhador assalariado

Segundo Netto (1999), a teoria crítica já mostrou que a sociedade não tem natureza intencional ou teleológica, sendo assim, não tem objetivos nem finalidades, sua existência é puramente factual. Porém, as ações dos membros da sociedade sempre são orientadas por objetivos, metas e fins.

A ação humana, seja individual, seja coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre um *projeto*, que é, em poucas palavras, uma antecipação ideal da *finalidade* que se quer alcançar, com a invocação dos *valores* que a legitimam e a escolha dos *meios* para atingi-la. (NETTO, 1999, p. 93, grifo do autor)

Projetos societários são projetos coletivos, com níveis macroscópico de abrangência, que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, usam determinados valores para justificá-la e privilegiam certos meios para concretizá-la. Na nossa sociedade são simultaneamente projetos de classe, com necessidade de uma dimensão política, envolvendo relações de poder, e estruturas flexíveis e mutáveis, que incorporam novas demandas, transformam-se e renovam-se segundo conjunturas históricas e políticas (NETTO, 1999).

Pensar no Projeto Profissional supõe articular duas dimensões: a macrosocietária e a respostas sócio-históricas, ético-políticas e técnicas de agentes profissionais (IAMAMOTO, 2007).

Segundo Netto, os projetos profissionais:

Apresentam a auto-imagem da profissão, elegem valores que legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam requisitos (técnicos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem balizas de sua relação com os usuários dos seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições, públicas e privadas. (NETTO, 1999, p.95)

Os projetos profissionais estão diretamente ligados aos projetos societários, que lhes irão conferir valores, relacionados historicamente as forças políticas existentes, como parte do processo de luta pela hegemonia na sociedade e na profissão. São construídos pela categoria: profissionais em atividade, as instituições de formação, os pesquisadores, docentes e estudantes da área, seus organismos corporativos e sindicais, entre outros, no Serviço Social

brasileiro organizado no sistema CFESS/CRESS, ABEPSS, ENESSO, nos sindicatos e demais associações dos assistentes sociais (NETTO, 1999).

Netto (1999) aponta ainda, que para o projeto profissional se afirmar na sociedade, ganhar solidez e respeito perante outras profissões, instituições privadas e públicas e aos usuários dos serviços oferecidos é necessário que se tenha a base da categoria organizada.

Os projetos profissionais também são *estruturas dinâmicas*, respondendo às alterações no sistema de necessidades sociais sobre o qual a profissão opera, às transformações econômicas, históricas e culturais, ao desenvolvimento teórico e prático da própria profissão e, ainda, às mudanças na composição social da categoria. Em face de tudo isso, os projetos profissionais igualmente se renovam, se modificam. (NETTO, 1999, p. 95 e 96, grifo do autor)

Tais projetos são formados por um universo heterogêneo e plural, sendo um campo com dimensão política, com tensões e de luta. A afirmação do projeto profissional não suprime as contradições, o confronto de ideias e o surgimento de projetos alternativos em seu interior. O pluralismo é um princípio democrático, mas que supõe também o respeito às hegemonias legitimamente conquistadas (NETTO, 1999).

O projeto do Serviço Social brasileiro é marcado pelo movimento de democratização do Estado, pela forte presença das lutas operárias e pelo processo de renovação crítica. Portanto, é fruto da organização social da categoria e de sua qualificação teórica e política, construído no embate entre distintos projetos de sociedade que se refratam em seu interior (IAMAMOTO, 2007).

Nas últimas duas décadas, o Serviço Social tem passado por um duplo movimento político, o primeiro de ruptura com o conservadorismo e o segundo de reação (neo)conservadora, que irão resultar em diferentes traduções do significado social da profissão e refletirão na operacionalização do exercício profissional (IAMAMOTO, 2007).

O projeto profissional realiza-se em diferentes dimensões da profissão: nos instrumentos legais, nas expressões e manifestações coletivas da categoria, nas articulações com outras entidades de Serviço Social e de outras categorias profissionais e movimentos sociais, no trabalho profissional desenvolvido em diferentes espaços ocupacionais, no ensino universitário (IAMAMOTO, 2007).

O que merece destaque é que o projeto profissional não foi construído numa perspectiva meramente corporativa, voltada à autodefesa dos interesses específicos e imediatos desse grupo profissional centrado em si mesmo. Não está exclusivamente voltado para a obtenção da legitimidade e status da categoria na sociedade inclusiva – e no mercado de trabalho em particular – de modo a obter vantagens instrumentais (salários, prestígio, reconhecimento de poder no conceito das profissões). Ainda que abarque a defesa das prerrogativas profissionais e dos trabalhadores especializados, o projeto profissional ultrapassa, porque *é histórico e dotado de caráter ético-político*, que eleva esse projeto a uma dimensão de universalidade, a qual subordina, ainda que não embace a dimensão técnico-profissional. Isso porque ele estabelece um norte, quanto à forma de operar o trabalho cotidiano, impregnando-o de interesses da coletividade ou da “grande política”, como momento de afirmação da teleologia e da liberdade na práxis social. (IAMAMOTO, 2007, p. 227, grifo da autora)

Sendo assim, o projeto ético-político do serviço social vai produzir princípios que remetem a luta contra hegemônica de uma nova sociedade, para alteração na relação entre sociedade e Estado, com uma produção e distribuição mais equitativa da riqueza, com a superação das desigualdades pela afirmação e concretização dos direitos e da democracia, que refletirá no exercício profissional (IAMAMOTO, 2007).

Os compromissos do projeto ético-político profissional estão bem explícitos e reconhecem os princípios da igualdade, da democracia, do pluralismo, da recusa da sociedade do capital, das lutas políticas contra ela, e da liberdade como valor ético central. (TEIXEIRA e BRAZ, 2009, p.7).

Teixeira e Braz (2009) sistematizam quatro elementos constitutivos que se articulam no projeto profissional: 1) os princípios e valores ético-políticos; 2) matriz teórico-metodológica ancorada; 3) crítica à ordem social vigente; e 4) lutas e posicionamentos políticos da categoria.

Os elementos constitutivos do projeto ético-político do serviço social têm em sua base os componentes que lhe dão materialidade, os objetivando e expressando na realidade, são eles: a produção de conhecimento no interior do serviço social, as instâncias político-organizativas da profissão e a dimensão jurídico-política da profissão (TEIXEIRA e BRAZ, 2009).

É a partir e por meio desses componentes que se materializam os elementos constitutivos do projeto ético-político. Isso nos possibilita afirmar que são esses componentes que permitem [...] a efetivação histórico-concreta dos quatro elementos supracitados, uma vez que são eles os instrumentos que viabilizam o projeto profissional na realidade objetiva, supondo-a para além das ações profissionais isoladas, [...] tomando o projeto ético-político como,

mais uma vez, uma projeção coletiva dos assistentes sociais. (TEIXEIRA e BRAZ, 2009, p. 9)

Os processos de trabalho circunscrevem a articulação entre o projeto de profissão e o trabalho assalariado do assistente social, com isso estabelecem os limites e possibilidades para efetivação do projeto. Ou seja, o exercício da profissão mediada pelo estatuto do trabalho assalariado e as projeções coletivas. As forças políticas incidentes nas condições, nos campos e nas relações de trabalho constroem um conjunto de mediações que interferem nas ações individuais e coletivas (IAMAMOTO, 2007).

O desafio atual é concretizar o projeto da profissão no exercício profissional nesta conjuntura neoliberalista que altera as relações de trabalho. O objetivo é impulsionar os processos progressistas no embate contra o tradicionalismo profissional e seu lastro conservador (IAMAMOTO, 2007).

A prática profissional do assistente social é necessariamente polarizada pelos interesses das classes sociais e deve ser analisada em suas dimensões objetivas e subjetivas. Objetiva no sentido de considerar as determinações sócio-históricas do exercício profissional em diferentes conjunturas, e subjetivas, por apreender a forma com que o assistente social incorpora em sua consciência o significado do seu trabalho e a direção social que imprime ao seu fazer profissional (YAZBEK, 2009).

O Serviço Social regulamentado como uma profissão liberal dispõe de autonomia na condução do exercício profissional, no entanto essa autonomia é tensionada pela compra e venda dessa força de trabalho especializado a diferentes empregadores: o Estado, o empresariado, as organizações de trabalhadores e de outros segmentos da sociedade (IAMAMOTO, 2007). Essa força de trabalho se expressa no valor de troca, corporificando o salário, concretizando sua condição de trabalhador assalariado.

Como desdobramento, o significado social do trabalho do assistente social vai depender das relações que estabelecem com os sujeitos sociais que o contratam, sendo seu processamento distinto devido às diversas condições e espaços em que se realiza. Os empregadores que irão determinar, em grande medida, as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve atender, interferindo diretamente no exercício profissional e na reprodução das relações sociais (IAMAMOTO, 2007).

Isso envolve necessariamente a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho, estabelecidos no contrato de trabalho: intensidade da jornada, salário, controle do trabalho, índices de produtividade e metas a serem cumpridas. Os empregadores definem as funções e as atribuições consoantes às normas que regulam o trabalho coletivo, tornando relativa à autonomia profissional (IAMAMOTO, 2007).

Nesse contexto, ainda que os assistentes sociais disponham de uma autonomia relativa, os empregadores condicionam as ações e as possibilidades de realização dos trabalhos desenvolvidos. Porém, considerando apenas as imposições do mercado de trabalho somos levados a uma mera adequação do trabalho profissional às exigências alheias, subordinando a profissão ao trabalho alienado. Resguardar a relativa autonomia significa imprimir uma *direção social*, de afirmação dos direitos sociais, de atenção às demandas sociais e de legitimação do projeto ético-político da profissão no exercício profissional (IAMAMOTO, 2007).

Para Iamamoto (2007) implica em moldar o conteúdo e o modo de operar, resguardada pela legislação profissional e passível de reclamação judicial, em direção aos princípios e valores do projeto ético-político da profissão, e se materializará e terá efeitos de formas diversas de acordo com a inserção profissional no mercado de trabalho.

A efetivação dessa autonomia é dependente da correlação de forças econômicas, política e cultural em nível societário e se expressa, de forma particular, nos distintos espaços ocupacionais, que envolvem relações com sujeitos sociais determinados: a instituição estatal (Poder Executivo e Ministério Público, Judiciário e Legislativo); as empresas capitalistas, as organizações político-sindicais; as organizações privadas não lucrativas e as instâncias públicas de controle democrático (Conselhos de Políticas e de Direitos, conferências, fóruns e ouvidorias), que sofrem profundas metamorfoses sociais em tempo de capital fetiche. (IAMAMOTO, 2007, p.220, grifos da autora)

O Serviço Social é uma profissão especializada, está inserida na divisão sócio técnica do trabalho, que atua no enfrentamento das expressões da “questão social”, fundada na relação capital x trabalho que se apresentam em diferentes formas. Segundo Iamamoto (2007):

É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2007, p.20)

O significado social da profissão só pode ser entendido em sua inserção na sociedade. A análise da profissão, das demandas, das atribuições deve ser compreendida situando o serviço social no contexto mais amplo da sociedade capitalista, no âmbito das respostas que esta sociedade e o Estado constroem frente à “questão social” e às suas manifestações, presentes na prática profissional, que a condiciona e lhe confere características particulares (YAZBEK, 2009).

Nesta concepção do significado social da profissão, o Serviço Social atua sobre interesses contraditórios das classes sociais (IAMAMOTO, 2007). Desde a ruptura com o conservadorismo, construiu-se um projeto profissional em que a “questão social” é apreendida como produto do modo de produção capitalista e que, portanto, o atendimento das suas expressões não pode se dar na perspectiva moralizante e psicologizante.

Cada vez mais as críticas e pressões contra o pauperismo das massas – que passou a ser denominada pelos reformadores de *questão social* – ganhavam adeptos e forneciam elementos que justificavam, já no século XIX, a introdução de medidas pontuais de proteção social, ao arrepio dos princípios liberais. (...) estudos revelavam que a pobreza tinha uma magnitude bem maior do que se imaginava e que – desmentindo a ideia de que era resultante de fraquezas morais – ela era produto de salários aviltantes e de condições de vida sub-humanas. Vale dizer, a pobreza resultava da exploração desmedida do trabalho pelo capital (...). Isso ajuda a entender porque o pauperismo do século XIX, fruto não mais da escassez de recursos, mas de uma crescente riqueza acumulada, mereceu o nome de *questão social*. (PEREIRA, 2008, p. 81, grifos da autora)

O processo de reprodução social, na tradição marxista, que se refere ao modo como são produzidas e reproduzidas as relações sociais nesta sociedade, é um processo complexo, que contém a possibilidade do novo, do diverso, do contraditório, da mudança. O assistente social está inserido nesta totalidade em permanente reelaboração, na qual o mesmo movimento que cria as condições para a reprodução da sociedade de classes cria e recria conflitos resultantes dessa relação e as possibilidades de sua superação (YAZBEK, 2009).

1.2 Autonomia relativa profissional: aspectos teóricos-metodológicos, ético-políticos e normativos

Os aspectos teóricos-metodológicos e ético-políticos articulam-se e caracterizam o projeto profissional do serviço social. Para Netto (1999), o projeto hegemônico de determinada categoria comporta um pacto entre seus membros:

Uma espécie de acordo sobre aqueles componentes que, no projeto, são imperativos e aqueles que são indicativos: Imperativos são componentes compulsórios, obrigatórios para todos que exercem a profissão; indicativos são aqueles em torno dos quais não há um consenso mínimo que garanta seu cumprimento rigoroso e idêntico por todos os membros da categoria profissional. (NETTO, 1999, p. 98)

Ao tratar os componentes do projeto profissional Netto (1999) destaca que estes requerem sempre uma fundamentação sobre valores de natureza explicitamente ética, mas que, sendo posta em um Código, não se esgota nele, atravessa o projeto profissional como um todo, não limitando-se a normatizações morais e/ou prescrição de direitos e deveres, mas envolvem escolhas teóricas, ideológicas e políticas diretivas.

No que se refere ao componente político, a recusa e crítica do conservadorismo profissional, na transição dos anos 70 aos 80, e a resistência à ditadura ao lado de movimentos da classe dos trabalhadores, que se inseriam no cenário político na luta pela democracia, conferiu ao projeto profissional do serviço social condição política que redimensionou não só a organização da categoria, como também a inserção inédita no marco do movimento dos trabalhadores brasileiros com crítica aqueles projetos societários que atendiam as camadas dominantes (NETTO, 1999).

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona em favor da *equidade* e da *justiça social*, na perspectiva da *universalização* do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; a ampliação e a consolidação da *cidadania* são postas explicitamente como condição para a *garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras*. Em decorrência, o projeto se reclama radicalmente *democrático* – vista a democratização enquanto *socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida*. (NETTO, 1999, p. 105, grifos do autor)

Ainda nos anos 70, consequência da Reforma Universitária imposta pela ditadura, o Serviço Social, teve seu espaço legitimado na academia, iniciando-se nos anos seguintes a consolidação da produção do conhecimento e acumulação teórica (NETTO, 1999).

O Serviço Social é uma profissão – uma especialização do trabalho coletivo, no marco da divisão sociotécnica do trabalho –, regulamentada no Brasil pela Lei 8.662, de 17/06/93; enquanto profissão, não dispõe de uma teoria própria, nem é uma ciência; isto não impede, entretanto, que seus profissionais realizem pesquisas, investigações etc. e produzam conhecimentos de natureza teórica, inseridos no âmbito das ciências sociais e humanas. Assim, enquanto profissão, o Serviço Social pode se constituir, e tem se constituído nos últimos anos, como uma área de produção de conhecimentos (inclusive com o aval de agências oficiais de fomento à investigação, como é o caso do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)). (NETTO, 1999, p. 102)

Esse processo significou a quebra do quase monopólio do conservadorismo teórico e metodológico, e também, a proximidade com o enfoque em referências sintonizadas com as concepções teórico e metodológicas dos projetos societários das massas trabalhadoras (NETTO, 1999).

Ganha peso o debate sobre a formação profissional. Em 1982 ocorre a reforma curricular, dirigida a adequar a formação profissional, em nível de graduação, às novas condições postas seja pelo enfrentamento da “questão social”, sejam pelas exigências intelectuais que a massa crítica em acumulação poderiam atender (NETTO, 1999).

Aqui o ensino está sendo repensado para redimensionar a formação para preparar um profissional capaz de responder com eficácia e competência as demandas tradicionais e emergentes da sociedade brasileira. Modalidades prático-interventivas tradicionais são resinificadas, novas áreas e campos de intervenção emergem, configurando um alargamento da prática profissional que recebem respaldo jurídico-legal (NETTO, 1999).

Do ponto de vista estritamente profissional, o projeto implica o compromisso com a *competência*, que só pode ter como base o *aprimoramento intelectual* do assistente social. Daí a ênfase numa *formação acadêmica qualificada*, alicerçada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma *análise concreta* da realidade social – formação que deve abrir o passo à preocupação com a *(auto)formação permanente* e estimular uma constante *postura investigativa*. (NETTO, 1999, p. 105, grifos do autor)

Netto (1999) ressalta que este projeto ético-político tem como valor central a liberdade, concebida historicamente como a possibilidade de escolher entre alternativas concretas, nas palavras do autor: Daí o compromisso com a autonomia, a emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

Muito especialmente, o projeto prioriza uma *nova relação sistemática* com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente estrutural o *compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população*, incluída nesta qualidade a *publicização* dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à *participação dos usuários*. (NETTO, 1999, p. 105, grifos do autor)

Iamamoto (2007) completa esta análise ao ponto ao afirmar que não se confunde a dimensão política da profissão com partido político, pois se trata de uma categoria marcada por diferenças sociais e ideológicas, e muito menos com as relações de poder entre governados e governantes, ainda que o assistente social também possa desenvolver essa função. Sua efetivação implica na decisão de ultrapassar a pequena política no dia-a-dia, que

se expressa na competência permitida e autorizada pelas organizações, restrita à prática manipulatória imediata e à recepção passiva das informações, traduzidas nas rotinas, no burocratismo, que frequentemente sobrepõe o trabalho profissional.

Supõem uma visão de mundo, articulada a uma ética correspondente e se liga à ação no sentido de interferir no comportamento dos homens, no enfrentamento dos conflitos sociais. Por meio da luta hegemônica, os assistentes sociais, enquanto cidadãos e trabalhadores, passam a ser parte de um “sujeito coletivo”, que partilha concepções e realiza, em comum, atos teleológicos articulados e dirigidos a uma mesma finalidade, como parte da comunidade política. O projeto profissional, construído ao longo das últimas décadas, aglutina segmentos significativos de assistentes sociais às forças sociais progressistas, comprometidas com a efetivação da cidadania, extensiva a todos e com a irradiação dos preceitos e práticas democráticas a todos os poros da vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2007, p. 230)

Diante de tudo aqui exposto, no exercício da profissão, torna-se indispensável resguardar a autonomia profissional, que como define Simões (2012) manifesta-se na vocação auto legisladora do ser humano, ou seja, o sujeito possui uma capacidade racional de criar suas próprias leis e de agir em conformidade com as mesmas, motivado pela sua capacidade de autodeterminação e autogoverno, controlando e criando as regras para o seu próprio comportamento.

A inserção em uma relação de assalariamento que se inscreve o assistente social e o integra ao mercado de trabalho, com agente responsável pela execução de políticas concebidas no âmbito do Estado, vão conferir um caráter não liberal ao exercício profissional, apesar do reconhecimento legal pelo Ministério do Trabalho através da Portaria n. 35 de 19 de abril de 1949 como uma profissão liberal, contudo não significa que a profissão não disponha de relativa autonomia (YAZBEK, 2009).

Embora o Serviço Social tenha sido regulamentado como profissão liberal no Brasil, o assistente social não tem configurado como profissional autônomo no exercício de suas atividades, não dispondo do controle das condições materiais, organizacionais e técnicas para o desempenho de seu trabalho. No entanto, isso não significa que a profissão não disponha de relativa autonomia e de algumas características que estão presentes nas profissões liberais como a singularidade que pode estabelecer relações com seus usuários, a presença de um Código de Ética, orientando suas ações, o caráter não rotineiro de seu trabalho, a possibilidade de apresentar propostas de intervenção a partir de seus conhecimentos técnicos e, finalmente, a Regulamentação legal da profissão. (YAZBEK, 2009, p.133)

De acordo com a Confederação Nacional de Profissionais Liberais (2015), autonomia está relacionada aos trabalhadores de nível técnico ou superior, que dispõem de

uma formação técnica ou superior específica, com reconhecimento legal, sendo que o exercício profissional pode se dar com ou sem vínculo empregatício, mas sempre regulamentado por órgãos fiscalizadores, tendo este profissional liberdade e autonomia.

Os principais instrumentos normativos do Serviço Social, que também legitimam a autonomia na profissão, são o Código de Ética Profissional do Assistente social, a Lei 8662/93 que regulamenta a profissão do Assistente Social e diversas Resoluções emitidas pelo conjunto CFESS/CRESS.

A legislação profissional representa uma defesa da autonomia profissional, porque codifica princípios e valores éticos, competências e atribuições, além de conhecimentos essenciais, que têm força de lei, sendo judicialmente reclamáveis. (IAMAMOTO, 2007, p. 134)

A primeira construção do Código de Ética Profissional no Serviço Social aconteceu em 1947, sendo o mesmo revisto nos anos de 1965, 1975 e 1986. O atual Código de Ética Profissional foi elaborado em 1993 como instrumento político, educativo, normativo e punitivo. Apresenta onze princípios norteadores do exercício profissional, estabelece os direitos, deveres e as obrigações do assistente social.

De modo mais específico, encontra-se a questão da autonomia profissional no artigo 2º do Código de Ética, diretamente nas alíneas b e h e indiretamente nas demais:

Art. 2º Constituem direitos do/a Assistente Social:

- a- garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste código;
- b- livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- c- participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d- inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e- desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f- aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g- pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h- ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i- liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (CFESS, 2012, p. 26)

A efetivação desses princípios remete à luta por direitos que acumule forças políticas e base organizativa e dinamizam a luta contra hegemônica. No exercício cotidiano,

indicam um novo modo de operar o trabalho profissional, estabelecendo balizas para a condução nas condições e relações de trabalho (IAMAMOTO, 2007).

O Serviço Social foi uma das primeiras profissões ser regulamentada na área social, foi instituída em 1957, na Lei 3.252, regulamentada no Decreto nº 994, de 15 de maio de 1962. Como profissão liberal foi declarada em 19 de abril de 1949 pela portaria nº 35 do Ministério do Trabalho. Em 1993, a Lei 3252 foi revogada, passando a vigorar a Lei 8662/93. Nesta última não consta que a natureza da profissão é liberal e técnico-científica, mas mantém as exigências quanto à formação acadêmica e de registro no Conselho Regional de Serviço Social (SIMÕES, 2012).

A Lei 8662/93 traz o princípio da autonomia no exercício das competências e atribuições privativas dos profissionais como expressão do Projeto Ético Político assegurada legalmente na legislação do Serviço Social. Em contribuição o Conjunto CFESS/CRESS, avançou significativamente na ampliação da fiscalização profissional, criando instrumentos normativos pra respaldar as ações e expressar os princípios da profissão.

No que diz respeito ao exercício profissional do Assistente Social, Simões (2012) salienta que a autonomia é considerada direito na medida em que o profissional é quem deve ter o discernimento do objeto de sua intervenção, conforme as exigências dos requisitos técnico-profissionais. A eficácia do trabalho profissional está vinculada ao direito de exercer a sua autonomia profissional em conformidade com os princípios ético-profissionais. E ainda, é um dever profissional, o assistente social como representante dos interesses da coletividade tem o dever de assegurar a autonomia profissional e igualmente de prevenir que esta não sirva a interesses pessoais, clientelísticos, corporativistas ou ilícitos.

1.3 Implicações da precarização do trabalho para o exercício profissional

A partir da década de 70, com a crise estrutural do capital, no pós-Segunda Guerra Mundial, observam-se profundas alterações nas formas de produção e de gestão do trabalho perante as exigências do mercado mundial, reconfiguram-se as relações entre Estado e sociedade e conseqüentemente ocorre e agravamento da “questão social”.

As crises no capitalismo não são fenômenos eventuais, se manifestam ciclicamente em função da tendência de queda da taxa de juros provocada pela concorrência

intercapitalista, aumento da produtividade do trabalho e sobreacumulação de capital, em contexto de baixos salários e desemprego crescente (RAICHELIS, 2013).

Iamamoto (2007) enfatiza que a lógica financeira do regime de acumulação tende a provocar crises que se projetam no mundo gerando recessão.

Ampliam-se as desigualdades distribuídas territorialmente, as distâncias entre as rendas de trabalho e do capital e entre os rendimentos dos trabalhadores qualificados e não qualificados. A abertura abrupta da economia nos países da periferia dos centros mundiais, conforme orientação dos organismos multilaterais, tem refundado na ampliação do déficit da balança comercial, no fechamento de empresas nacionais, na elevação das taxas de juros no ingresso maciço de capitais especulativos. As importações substituem parte da produção nacional, em um verdadeiro processo de “substituição das importações”. A economia passa a mover-se entre a reestruturação de sua indústria e a distribuição de parte do aparato industrial que não resiste à competitividade dos grandes oligopólios e à grande expansão das exportações e importações. Cresce a necessidade de financiamento externo e, com ele, a dívida interna e externa, os serviços da dívida – o pagamento de juros –, ampliando o déficit comercial. (...) aliada às elevadas taxas de juros, geram escassez de recursos para investimento e custeio. Os investimentos especulativos são favorecidos em detrimento da produção, o que se encontra na raiz da redução dos níveis de emprego, do agravamento da questão social e da regressão das políticas sociais públicas. (IAMAMOTO, 2007, p.142 e 143)

O processo de reorganização do capitalismo frente a mais uma de suas crises estruturais que tem como consequência a precarização da força de trabalho humana, a degradação do meio ambiente e a relação metabólica entre tecnologia e natureza entre outras, só se viabiliza pela intervenção ativa dos Estados e pelo financiamento dos fundos públicos (RAICHELIS, 2013).

As transformações estruturais decorrentes da nova etapa da financeirização do capital atravessam diferentes dimensões da vida social, incidem nas relações e formas de gestão do trabalho, nos modos de expressão das sociabilidades individuais e coletivas, imprimem novas racionalidades às formas de organização do Estado, das políticas públicas e dos sistemas de proteção social, alterando os critérios de distribuição do fundo público e, em consequência, modelando as formas de organização e prestação dos serviços sociais públicos. (RAICHELIS, 2013, p. 611)

A dinâmica de mundialização e financeirização da economia e dos mercados insere-se num amplo movimento de reconfiguração do capitalismo, ancorado pela grande indústria transnacional em estreita associação com o mundo das finanças e com os interesses do capital rentista, que passa a comandar a totalidade dos processos de acumulação em um

movimento permanente de valorização e busca de lucros, mascarando a exploração do capital sobre o trabalho (RAICHELIS, 2013).

A mundialização financeira em curso faz com que essas dinâmicas atravessem fronteiras e continentes, reconfigurando os estados sociais, tanto nos países centrais quanto na periferia do sistema, com impactos diferenciados mediados pelas realidades particulares de cada país e de sua formação social e econômica. (RAICHELIS, 2013, p. 613)

As transformações ocorridas no mundo do trabalho estão fundamentadas no padrão fordista-taylorista de organização da produção, principalmente através do desenvolvimento tecnológico, para redução dos custos de produção e elevação das taxas de lucro.

O chamado *fordismo à brasileira* guarda importantes singularidades em relação ao fordismo “clássico”, caracterizando-se por um regime de trabalho com fraca proteção social e elevados índices de rotatividade da força de trabalho, derivados da informalidade e da precariedade estruturais do mercado de trabalho no Brasil. Mais precisamente, em nosso país constituiu-se o que Braga (2012, p. 21) identificou como *fordismo periférico*, um sistema social estruturado pela combinação de economias e nações capitalistas desenvolvidas e subdesenvolvidas, dominado pela mundialização das trocas mercantis, constituindo-se em uma das principais mediações históricas entre os países capitalistas avançados e os países capitalistas subdesenvolvidos ou dependentes. (RAICHELIS, 2013, p. 617, grifo da autora)

Entra em cena o discurso sobre a “flexibilidade” que se estende às formas de organização da produção, da gestão e remuneração da força de trabalho, do mercado de trabalho, dos direitos sociais e trabalhistas e dos padrões de consumo (IAMAMOTO, 2007).

Nessa lógica de rebaixamento dos custos do chamado “fator trabalho” tem peso decisivo, envolvendo o embate contra a organização e as lutas sindicais, os cortes de salário e direitos conquistados. A necessidade de redução dos custos para o capital revela-se na figura do trabalhador polivalente, em um amplo enxugamento das empresas, na captação da mais-valia das empresas terceirizadas para as quais são transferidos os riscos das oscilações do mercado. (IAMAMOTO, 2007, p. 143)

A implementação do ideário neoliberal preconizado pelo Consenso de Washington na década de 90 e largamente difundido por organismos internacionais de medidas de flexibilização do trabalho e desregulamentação de direitos só agravaram as reconfigurações nas relações de trabalho, nos direitos e na proteção social (RAICHELIS, 2013).

A reestruturação produtiva afetou radicalmente os processos de trabalho e sua organização no que se refere ao consumo e gestão da força de trabalho, as condições e relações de trabalho, e ao conteúdo do próprio trabalho. Ilustrada na intensificação do trabalho, ampliação da jornada, redução dos postos, precarização das condições de trabalho e dos direitos trabalhistas e ampliação do desemprego estrutural (IAMAMOTO, 2007).

A denominada nova morfologia do trabalho (Antunes, 2005) desencadeia mudanças profundas nas formas de organização e relações do trabalho, gerando processos continuados de informalização, insegurança e desproteção no trabalho, e novas formas de contratação da força de trabalho assalariada por meio de trabalhos terceirizados, subcontratados, temporários, domésticos, em tempo parcial ou por projeto, além das formas regressivas que se supunha eliminadas, como o trabalho escravo, o trabalho infantil, para citar apenas algumas das expressões da precarização a que estão submetidos os trabalhadores no mundo do trabalho. (RAICHELIS, 2013, p. 618)

Nesse cenário são traduzidos profundos ajustes nas relações Estado/sociedade civil, orientados para o mercado, no novo modelo neoliberal, caracterizado pela necessidade de reduzir a ação do Estado mediante restrição dos gastos sociais, em nome da chamada crise fiscal, afetando profundamente as políticas sociais (IAMAMOTO, 2007).

O Estado passa a defesa de alternativas que envolvam a família, as organizações sociais e a “rede filantrópica de solidariedade social”, abrindo mão de políticas universais ancoradas nos direitos de cidadania (RAICHELIS, 2013).

Vale lembrar que a pressão dos trabalhadores por maior proteção social não é a única nem a principal causa da crise fiscal, mas foi usada como justificativa para os cortes com gastos sociais.

Como resultado ocorre um amplo processo de privatização de empresas estatais que acaba por gerar a perda da autonomia estatal e diminuição de legitimidade democrática, além da queda nas arrecadações do Estado, e é neste sentido que se propõe a redução dos gastos públicos e principalmente dos recursos destinados às políticas sociais.

Crescem os níveis de exploração e as desigualdades, assim como, no seu reverso, as insatisfações e resistências presentes nas lutas do dia-a-dia, ainda carentes de maior organicidade e densidade política. Na sua maioria, silenciadas pelos meios de comunicação, essas lutas condensam a recusa do instituído e expressam iniciativas tensas e ambíguas, que adensam um processo de acumulação de forças que procura avançar historicamente no horizonte da igualdade. Lutas tímidas, mas vivas nos âmbitos do direito ao trabalho e do trabalho; da luta pela reforma agrária; pelo acesso aos serviços públicos no atendimento às necessidades básicas dos cidadãos; contra as

discriminações étnico-raciais e de gênero; pela defesa do meio ambiente, das expressões culturais etc. (IAMAMOTO, 2007, p. 145)

Todas essas considerações sobre as transformações societárias e no mundo do trabalho incidiram sobre o exercício profissional do assistente social, o perfil dos profissionais, e sobre os espaços de trabalho, uma vez que a maioria dos assistentes sociais está inserida no mercado de trabalho na condição de trabalhador assalariado, sofrendo imposições das condições objetivas. Neste sentido faz-se necessária a apropriação das novas expressões da “questão social” que são objeto de intervenção do Serviço Social, bem como das condições de trabalho em que o assistente social tem sido submetido no cotidiano laboral.

O Serviço Social tem na questão social a base da sua formação enquanto especialização do trabalho. Os assistentes sociais, por meio da prestação de serviços sócio-assistenciais - indissociáveis de uma dimensão educativa (ou político-ideológica) - realizados nas instituições públicas e organizações privadas, interferem nas relações sociais cotidianas, no atendimento às variadas expressões da questão social. (IAMAMOTO, 2007, p. 163)

O Serviço Social mesmo regulamentado historicamente como profissão liberal tem seu exercício profissional mediatizado por instituições públicas e privadas, e tensionado pela sua condição de trabalhador assalariado.

É importante enfatizar que a autonomia relativa no exercício profissional não se restringe ao direito de exercer com liberdade a profissão, estende-se ao reconhecimento da dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que possibilita ao assistente social imprimir valores do projeto ético-político profissional nas suas ações.

Os processos de reestruturação produtiva, típicos das empresas capitalistas, penetraram também a organização social do trabalho na esfera do estatal, maior empregador da força de trabalho profissional do assistente social, reestruturando a ação pública no campo das políticas sociais (RAICHELIS, 2013).

Esses processos atingiram o mercado de trabalho do assistente social produzindo tanto reduções como ampliações de postos de trabalho nos âmbitos estatais e privados, marcado pelo alargamento do setor de serviços, e causando uma intensificação do trabalho.

A intensidade do trabalho para Dal Rosso (2008), diferentemente da produtividade do trabalho que decorre do desenvolvimento das forças produtivas, remete à maneira como é realizado o ato de trabalhar, portanto a atenção está concentrada na pessoa do trabalhador, no coletivo de trabalhadores. Para ele, o que caracteriza a presença do fenômeno da intensificação do trabalho é o fato de ser exigido do trabalhador algo mais,

um empenho maior, seja físico, intelectual ou emocional, ou alguma combinação dos três, o que é mais provável. (RAICHELIS, 2013, p. 622)

As estratégias de intensificação do trabalho vão sendo incorporadas de forma gradativa e sutil, ilustram a existência do trabalho mais intenso, onde o ritmo e velocidade são maiores, o controle e a cobrança por resultados são fortes, como a exigência de polivalência e acúmulo de tarefas, versatilidade e flexibilidade (RAICHELIS, 2013).

Podemos observar que os assistentes sociais, como o conjunto de trabalhadores, são afetados pela insegurança no emprego, precárias e flexíveis formas de contratação com redução ou ausência de benefícios trabalhistas, baixos salários, pressão para o cumprimento de metas, falta de perspectiva de progressão ou ascensão profissional, de políticas de capacitação entre outros (RAICHELIS, 2013).

Os impactos do trabalho na saúde do trabalhador têm sido estudados, porém pouco ainda se sabe sobre o adoecimento dos assistentes sociais diante da exposição continuada às mais drásticas expressões da “questão social” e a ausência de meios e recursos que possam efetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social, contudo é sabido, que a intensificação e a elevação da carga de trabalho nos diferentes espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais produzem efeitos no corpo e na mente, podendo resultar, conforme muitos analistas, em um novo padrão de doenças do trabalho decorrentes das novas exigências (RAICHELIS, 2013).

O trabalho profissional na perspectiva do projeto ético-político exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia relativa, atribuições e prerrogativas profissionais. Isto supõe muito mais do que apenas a realização de rotinas institucionais, cumprimento de tarefas burocráticas ou a simples reiteração do instituído. Envolve o assistente social como intelectual capaz de realizar a apreensão crítica da realidade e do trabalho no contexto dos interesses sociais e da correlação de forças políticas que o tensionam; a construção de estratégias coletivas e de alianças políticas que possam reforçar direitos nas diferentes áreas de atuação na perspectiva de ampliar o protagonismo das classes subalternas na esfera pública. Exige, portanto, um conhecimento mais amplo sobre os processos de trabalho, os meios de que dispõem o profissional para realizar sua atividade, a matéria sobre a qual recai a sua intervenção, e também um conhecimento mais profundo sobre o sujeito vivo responsável por esse trabalho, que é o próprio profissional assistente social. (RAICHELIS, 2013, p. 631)

CAPÍTULO II - SERVIÇO SOCIAL E CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE

2.1 O exercício profissional do assistente social na saúde

É de extrema importância uma breve discussão sobre o surgimento do Serviço Social no Brasil e sua inserção na saúde. Na década de 30, o serviço social aparece como resposta à “questão social”, intermediando os conflitos que se manifestavam no processo de consolidação da nova ordem que surgia.

Sendo assim, um mecanismo de controle para organizar o caos social, nesse cenário de desenvolvimento do capitalismo industrial, de expansão urbana, de formação de novas classes sociais e das lutas por uma sociedade mais justa e igualitária que partiam da classe trabalhadora.

Na saúde, o serviço social ganha espaço a partir de 1945, em um panorama de pós-segunda guerra mundial, onde a profissão estava sob forte influência norte-americana e a área passa a ser o setor que mais absorve os assistentes sociais. A substituição da influência europeia pela norte-americana foi marcada nas instituições prestadoras dos serviços e na formação profissional, com a alteração curricular.

O marco desta mudança de influência situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em *Atlantic City* (EUA). Posteriormente, foram criados diversos mecanismos de interação mais efetiva, como o oferecimento de bolsas aos profissionais brasileiros e a criação de entidades organizativas. Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização; ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico. (BRAVO e MATOS, 2006, p.2, grifo do autor)

Bravo e Matos (2006) observam que o “novo” conceito de saúde, criado em 1948, por organismos internacionais, colaborou para a ampliação da quantidade de assistentes sociais na saúde. Houve um enfoque nos aspectos biopsicossociais e no trabalho em equipes multidisciplinares. Devido ao agravamento das condições de saúde da população, o assistente social na saúde teve seu trabalho pautado nas práticas de educação de higiene e limpeza, saúde bucal e controle de natalidade com os operários.

Outro fator importante refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela

previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO e MATOS, 2006, p.3)

Assim, segundo Bravo e Matos (2006), o Estado passou a intervir na saúde para amenizar as pressões populares causadas pela ditadura e pela reforma sanitária, a atuação dos assistentes sociais nos hospitais e ambulatórios ganha foco como mediadores dessa relação através de práticas burocratizadas e psicologizantes sobre as relações sociais e a concessão de benefícios com ações como: plantões, triagem ou seleção, encaminhamento e orientações.

No período de 1964 a 1979, o Serviço Social passa por um processo de questionamento do conservadorismo que exigiu a modernização e renovação das ações frente aos processos sócio-políticos emergente. Surge também nesse momento o movimento de reforma sanitária, que teve como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS). O Estado passa a investir mais na saúde para minimizar as insatisfações e reivindicações da população e o assistente social passa a fazer a mediação entre a população e a instituição.

Na década de 80, no Serviço Social passou por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, o que provocou uma ampliação do debate teórico, a apreensão do Serviço social inserido numa sociedade burguesa e mudança de direção social da profissão, comprometida com a cultura de emancipação da classe trabalhadora. Contudo, sem uma articulação da categoria com o Movimento de Reforma Sanitária.

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde”. (BRAVO e MATOS, 2006, p. 9)

Ainda nesta década, a profissão caminhou através do movimento de reconceitualização para um enfoque mais crítico, inclusive na área da saúde, com influência da teoria marxista, permitindo que os profissionais rompessem com o caráter meramente executor conquistando novas competências e atribuições. Os profissionais passam a apresentar postura crítica em relação às atividades desenvolvidas nas unidades de saúde.

Esse processo de revisão da profissão é uma exigência da realidade, uma vez que, para atender as demandas, torna-se indispensável a adoção de padrões e técnicas modernas que se contraponham àquilo que poderia oferecer o chamado ‘Serviço Social tradicional’. Essa modernização se caracterizará pela preocupação com o aperfeiçoamento do instrumental técnico, de metodologias de ação, da busca de padrões de eficiência, sofisticação dos modelos de análise e diagnóstico. (CARVALHO e IAMAMOTO, 2003, p. 364 e 365)

A passagem da década de 80 para os anos 90 foi um período de grandes transformações e mudanças para o Serviço Social tanto no que se refere aos novos postos de trabalho no mercado de trabalho com a intensificação da atuação do assistente social na saúde, quanto aos novos desafios e exigências impostos pelas novas demandas.

A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde. (COSTA, 2000, p. 38)

A década de 90 e os anos 2000 foram caracterizados pela afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, responsável pela precarização do trabalho, redução dos direitos sociais e trabalhistas e o sucateamento da saúde e educação, reconfigurando o acesso às políticas sociais. A política macroeconômica continua se sobrepondo às políticas sociais tornando-as fragmentadas em um atual contexto de disputa de dois projetos na saúde o privatista e o da reforma sanitária, que falaremos mais à frente.

A prática profissional na saúde na contemporaneidade continua sendo requisitada no enfrentamento das expressões da “questão social” em uma sociedade que está cada vez mais pautada na relação de exploração entre os detentores dos meios de produção e aqueles que necessitam vender sua força de trabalho para sobreviver.

De acordo com o documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2010, tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na saúde e:

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. (CFESS, 2010, p.11 e 12)

Pensar na atuação dos assistentes sociais na saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, p. 30 e 31)

Afirma que as competências e as atribuições desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde devem ser norteadas pela qualificação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, com destaque para duas legislações fundamentais: Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão.

São essas competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano. (CFESS, 2010, p. 35)

Os profissionais de serviço social na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010).

O assistente social como trabalhador qualificado possui competências privativas e instrumentais que o capacitam para uma intervenção junto ao usuário para promover mudanças, sobretudo na efetivação do acesso aos direitos, contribuindo na emancipação política do indivíduo, por isso é tão importante a formação profissional.

Essas competências e atribuições, regulamentadas em legislação específica, devem ser observadas por toda a equipe de trabalho. O trabalho em equipe não pode intervir nas particularidades individuais, devem ser identificados os papéis dos profissionais para que se possam estabelecer efetivamente as atribuições dentro da equipe multidisciplinar.

2.2 Reforma sanitária e projeto ético-político profissional

Segundo Bravo e Matos (2006), o Movimento Sanitário que vem sendo constituído desde a década de 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público e teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Em Brasília, por meio da 8ª Conferência, que se começa a questionar o modelo da saúde. Esse modelo, curatista, era voltado para as questões biológicas, então, passa-se a pensar em saúde dentro do contexto social, em que o objeto a ser estudado é o indivíduo e o meio em que está inserido.

Portanto ao se reconhecer a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e a sua forma de abordagem. (MIOTO e NOGUEIRA, 2004, p. 11)

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 coloca que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e ressalta os fatores determinantes e condicionantes da saúde são “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º) (CFESS, 2010).

Essa concepção de saúde salienta a importância da determinação social, econômica, política e cultural no processo saúde-doença. O objetivo da profissão passa pela compreensão dessas determinantes e na busca de estratégias para o enfrentamento.

Outro avanço que a Constituição Federal de 1988 trouxe foi o modelo de proteção social:

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências. (CFESS, 2010, p. 17)

Os Artigos 196 ao 200 tratam especificamente sobre a saúde destacando esta como um direito de todos e dever do Estado e a integralização dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único (BRAVO e MATOS, 2006).

É evidente que esta conquista não foi dada, na medida em que no processo constituinte foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das indústrias farmacêuticas (internacionais) que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da reforma sanitária deveu-se a eficácia da Plenária, via sua capacidade técnica, pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades. (BRAVOS e MATOS, 2006, p.7)

Devido ao projeto econômico consolidado no Brasil, ainda nos anos 90, projeto neoliberal, que se confronta com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social e com o projeto da reforma sanitária, ganhou força o Projeto Privatista - articulado ao mercado privado e com a venda dos serviços de saúde, cabendo ao Estado garantir o mínimo aos que não podem pagar, e o restante dos cidadãos são transformados em consumidores.

Os dois projetos em disputa, o sanitarista e privatista, apresentam diferentes requisições para o Serviço Social (BRAVO e MATOS, 2006):

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de

práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO e MATOS, 2006, p. 10)

Há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, os dois projetos são construídos no processo de redemocratização brasileira e se consolidam na década de 80 e principalmente se relacionam seus grandes eixos, aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios (CFESS, 2010).

As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade. (CFESS, 2010, p. 26)

Na atualidade os dois projetos da saúde, o projeto da reforma sanitária x o projeto privatista, ainda estão em disputa e o governo ora fortalece o primeiro ora matam as características do segundo com uma ênfase maior (BRAVO e MATOS, 2006).

O Serviço Social não passa ao largo dessa tensão. Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência à intenção de ruptura e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento à tendência à intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade. Segundo Netto (1996), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas dessa tradição no âmbito do Serviço Social. (CFESS, 2010, p. 27)

Na saúde a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre teoria e a intervenção, pela descrença nas políticas públicas e pela suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde (BRAVO e MATOS, 2006).

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui apresentar três expressões. A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto-apresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social

Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica. (BRAVO e MATOS, 2006, p. 16)

Os autores fazem ainda uma reflexão, e destacam que o problema não está no profissional buscar mais conhecimentos na área da saúde, mas em passar a desenvolver outras atividades e não mais as identificar como as de um assistente social. Uma outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão da divisão social e técnica do trabalho, quando esse profissional se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento dessas questões (BRAVO e MATOS, 2006).

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO e MATOS, 2006, p.17)

Cabe ao Serviço Social formular estratégias para efetivação do direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde tem como base o projeto ético-político profissional e necessariamente está articulado ao projeto da reforma sanitária. Devendo partir da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como resultado de disputas políticas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) que integra a Seguridade Social foi proposto no Projeto de Reforma Sanitária, regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Conforme a cartilha SUS princípios e conquistas, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (2010), o SUS é norteado pelos seguintes princípios: universalidade; integralidade; equidade; regionalização e hierarquização; participação e controle social; e descentralização.

Não obstante de ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional, há uma enorme distância entre o que foi proposto pelo movimento de reforma sanitária e o que tem se observado na prática do sistema público de saúde vigente. O SUS tem se destinado aos usuários que não tem acesso ao sistema de saúde privado, como um sistema segmentado. O que foi proposto na Constituição de 1988 para um sistema público universal

não foi efetivado, apesar de alguns avanços, a saber: acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como transplantes; entre outros (CFESS, 2010).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, ressaltando a concepção ampliada de saúde com ênfase nos determinantes sociais, na nova organização do sistema de saúde por meio da efetivação do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde e financiamento do Estado (CFESS, 2010).

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão. (BRAVO e MATOS, 2006, p. 19)

2.3 A Contrarreforma da política de saúde e implicações para a autonomia profissional

De acordo com Bravo (2001) a saúde passou a ser percebida como expressão da “questão social” no século XX, com a emergência do trabalho assalariado na economia cafeeira. O acesso da classe trabalhadora às políticas sociais acontecia de forma fragmentada e focalizada diretamente relacionada aos segmentos mais organizados e produtivos.

Em 1926, através da Lei Elói Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) inicialmente para os trabalhadores ferroviários e depois estendidas para outras categorias. Eram organizadas por empresa em um modelo contributivo formalizado através de um contrato compulsório com o objetivo de prestação de serviços previdenciários e assistência médica a filiados e dependentes (SOARES, 2010).

As características principais das CAPS eram o financiamento tripartite (empregadores, trabalhadores e Estado), conteúdo assistencialista e a contratação de serviços privados para prestação de assistência médica.

Apenas os trabalhadores que tinham carteira assinada tinham acesso ao atendimento de saúde, essa era um tipo de lógica previdenciária que se preocupava principalmente em acumular reservas financeiras e não com a qualidade dos serviços oferecidos, e o resto das pessoas, as que não tinham carteira assinada, recorriam à outras alternativas, como auxílio de pessoas leigas ou a caridade.

Durante a Era Vargas entre as décadas de 1930 e 1940, devido ao processo de urbanização, industrialização e as reivindicações dos trabalhadores, acabou possibilitando a intervenção Estatal e a criação de novos aparelhos que atendessem aqueles que não tinham carteira assinada e sendo assim não contribuía, surgindo políticas sociais voltadas para higiene, habitação e saúde.

A política de saúde foi dividida em dois campos de ação, o de saúde pública e o da medicina previdenciária, a primeira deveria criar condições sanitárias mínimas para a população e a segunda surgiu a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS).

A partir de 1933 é criado o primeiro IAPS para assistência aos marítimos e depois outros são criados unificando categorias profissionais e muitas CAPS são integradas. A segmentação passa a ser por categoria e estes deixam de ter controle sobre a gestão dos recursos, que passa a ser do Estado. Havia apenas um colegiado de trabalhadores de caráter consultivo e não deliberativo.

Em 1966 a previdência social é unificada com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), há uma ampliação da cobertura das categorias de trabalhadores assalariados. Nesse período a política nacional de saúde passou a privilegiar a assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública. Para manter os serviços públicos os INPS pagavam preços altíssimos por serviços privados articulando o Estado aos interesses do capitalismo internacional.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) surgiu com o objetivo de ter uma maior efetividade no enfrentamento da “questão social”,

através de incentivos do governo foram construídos grandes hospitais e adquiridos aparelhos de alto custo o Estado passa a ser o grande financiador, tudo isso para conter pressões populares e reivindicações.

Durante as décadas de 70 e 80 houve uma crise área da saúde, devido ao modelo previdenciário que não atendia a todos, gerando ainda mais desigualdades, começam a se organizar movimentos de intelectuais, estudantes, profissionais da saúde para questionar o Sistema de Proteção Social e reivindicar a reestruturação nos serviços públicos, é o início do Movimento Sanitário, já falado anteriormente.

A saúde assume dimensão política, onde as principais propostas segundo Bravo:

A universalização do acesso a saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2001, p.96)

Todo esse contexto subsidiou o acontecimento de marcos importantes como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, além dos avanços sobre o tema constantes na Constituição Federal de 1988, também já citados aqui.

Contudo com a crise estrutural do capital mundial, a partir da dos anos 70, tem se tornado um desafio materializar as conquistas desse sistema de saúde conforme seu marco legal. As respostas a essa crise tornaram-se limites mediadas pelas características da estrutura social e do Estado brasileiro.

O conjunto de estratégias e respostas do capital para enfrentamento da crise configura-se na dominância do capital portador de juros, na intensificação da supercapitalização, na reestruturação produtiva que conjuga inovações tecnológicas e organizacionais com velhas práticas predatórias da acumulação primitiva, no ajuste estrutural do Estado de acordo com a nova racionalidade hegemônica e com todo o ideário neoliberal a ela vinculado. O ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde - e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital nestes tempos de crise. (SOARES, 2010, p. 40)

Percebemos uma decadência dos direitos sociais já conquistados pela sociedade através de muitas lutas no período de hegemonia neoliberal. Este foi e continua sendo até os dias atuais o maior responsável pelas privações dos direitos à população, tendo ainda como consequência, o desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação entre outros.

O Estado transfere a responsabilidade em garantir os direitos sociais para o setor privado e para a sociedade civil, gerando uma refilantropização da “questão social” e a mercantilização dos serviços sociais.

Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características de uma contrarrevolução (GUERRA, 1998) ou contrarreforma; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais. (CFESS, 2010, p. 20)

Esse quadro recai sobre a política social e na participação e responsabilização do Estado, na prestação e financiamento de serviços sociais. No discurso ideológico neoliberalista, as políticas sociais, são rotuladas como paternalistas na tentativa de deslegitimar sua condição de direito social.

Submetidas à política econômica, as políticas sociais são redimensionadas ante as tendências de privatização, focalização, descentralização, mercantilização e redução dos gastos sociais, com consequente deterioração dos serviços sociais públicos.

Montaño (2002) retoma os processos que se constituem em estratégias neoliberais frente à atual crise do capital e inclui o novo trato que se dá a “questão social”. Nesta ótica pretende-se eliminar a qualidade de direito das políticas sociais e assistenciais, seu caráter universalista e a igualdade de acesso substituindo pela solidariedade e responsabilidade social. As respostas à “questão social” incluem atividades filantrópicas e voluntárias ou serviços comercializáveis.

O autor sinaliza uma nova configuração das políticas sociais estatais, que aos poucos são privatizadas e transferidas para o mercado ou para a sociedade civil, desresponsabilizando o Estado, atribuindo ao próprio sujeito a responsabilidade pela satisfação dos seus carecimentos, vinculada a autoajuda, a ajuda mutua ou adquirindo serviços como mercadorias.

No entanto o problema central está nesta ser uma atividade substitutiva, e não complementar, existindo um processo para selecionar aquilo que vai e o que não vai permanecer no Estado e passado para o terceiro setor ou privatizado, de acordo com os interesses de lucratividade, existindo a possibilidade inclusive de determinados serviços sociais ou funções assistenciais deixarem de existir (MONTAÑO, 2002).

A focalização das políticas sociais vai contra o princípio da universalidade e gera consequências, sendo Montaña (2002):

A realização de, por um lado, um serviço social privado, dirigido aos segmentos possuidores de renda, e de qualidade adequada ao seu poder aquisitivo e, por outro, políticas sociais estatais ou de entidades filantrópicas, de qualidade duvidosa, sem garantia de direito e com imagem de doação; portanto a criação de um sistema diferenciado de atendimento às necessidades individuais segundo o poder aquisitivo. (p.191)

O autor aborda ainda, a descentralização administrativa das políticas sociais para os municípios. Sendo no seu entendimento uma desconcentração financeira e executiva, possibilitando a transferência de funções do Estado para o terceiro setor.

O terceiro setor, para o autor é um fenômeno complementar às estratégias neoliberalistas, possui uma função ideológica e viabilidade econômica, pois a parceria entre o Estado e a sociedade civil caracterizada desta forma, possibilita o repasse de recursos públicos para estas instituições, com redução relativa dos gastos sociais, contudo com prestação de serviços precários.

O tratamento de forma pontual e emergencial, estimulando o clientelismo gera o aprofundamento e ampliação das desigualdades sociais e o agravamento das expressões da “questão social”:

O retrocesso no emprego, a distribuição regressiva de renda e a ampliação da pobreza, acentuando as desigualdades nos estratos socioeconômicos, de gênero e localização geográfica urbana e rural, além de queda nos níveis educacionais dos jovens. (IAMAMOTO, 2007, p. 147)

Iamamoto (2007) afirma que o quadro de radicalização da “questão social” por um lado amplia as necessidades não atendidas da maioria da população, aumentando a demanda pelos serviços sociais, e por outro lado, choca-se com a restrição dos recursos para as políticas sociais, ampliando a seletividade e a mercantilização dos serviços, favorecendo a capitalização do setor privado.

A autora reitera que o projeto neoliberal subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, ao invés do direito constitucional impor e orientar o orçamento, acontece uma subversão dessa ordem. O orçamento silencia critérios políticos para eleição das prioridades nos gastos sociais e a política social passa a ser efetuada segundo parâmetros empresariais de custo/benefício, da eficácia/inoperância e da produtividade/rentabilidade.

A crítica neoliberal sustenta que os serviços públicos, organizados à base de princípios de universalidade e gratuidade, superdimensionam o gasto estatal, assim como a folha salarial de servidores públicos. Como o gasto social é tido como uma das principais causas da crise fiscal do Estado, a proposta é reduzir despesas, diminuir atendimentos, restringir meios financeiros, materiais humanos para implementação dos projetos. E o assistente social, que é chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exerce-los, vê-se tolhido em suas ações, que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para operar as políticas sociais. (IAMAMOTO, 2007, p. 149)

Nessa lógica existe uma ênfase em programas focais como os Programas de Saúde da Família (PSF):

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é relevante expressão desse processo pois, mesmo com sua ampliação e alguns resultados positivos nos indicadores de saúde da população coberta, concentra hoje boa parte dos recursos disponibilizados fundo a fundo para os municípios. Além disso, mesmo constituindo-se prioridade da política de saúde pública, a ESF não atende à universalidade de sua demanda, caracterizando-se também como programa básico e precarizado, centralizado numa equipe reduzida (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem), sem condições de uma efetiva promoção da saúde. (SOARES, 2010, p. 48)

Todas essas medidas visam o estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de programas focalizados e ações mínimas existindo um outro sistema para os consumidores (CFESS, 2010).

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. (CFESS, 2010, p. 21)

De acordo com o Ministério da Saúde havia 49 milhões de vínculos em setembro de 2013 para planos de assistência médica com ou sem odontologia e os planos coletivos representam 79%, os coletivos empresariais correspondem a 65% desse total. A receita de

contraprestações das operadoras médico-hospitalares atingiu R\$ 93.122.140.250 em 2012 (ANDREAZZI, 2014).

O projeto de saúde articulado ao mercado é determinado por uma política de ajuste que tem como tendência a contenção de gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do Estado.

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (CFESS, 2010, p. 22)

Além da mercantilização dos serviços de saúde, a área da saúde contribui para a realização e acumulação do capital através da compra de equipamento e medicamentos, dos seguros e planos de saúde etc. Assim, o fundo público da política de saúde torna-se alvo do interesse do mercado privado, configurando-se em novas formas de gestão, com as organizações sociais, fundações estatais de direito privado, dentre outros. O Estado passa a contratar e pagar pela execução dos serviços (SOARES, 2010).

Diante disso se torna importante a crítica e a problematização das organizações sociais e iniciativas como a de criação da EBSERH. A implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários, como no Hospital Universitário de Brasília, ou em qualquer outro Hospital-escola, como bem identificou o Manifesto da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2012), é uma afronta ao caráter público dessas instituições, um desrespeito a autonomia universitária garantida no artigo 207 da Constituição Federal de 1988 e uma forma de flexibilizar os vínculos de trabalho, além de colocar em risco de dilapidação os bens públicos da União ao transferi-los a uma Empresa. A EBSERH representa uma séria ameaça para o Sistema Único de Saúde, consolidado o projeto privatista em curso.

A contrarreforma na política de saúde segue as tendências de assistencialização e de mercantilização da seguridade social, dos seus serviços e direitos sociais, causando uma profunda precarização da política pública. Contudo, o SUS é um produto histórico de tensionamento dos projetos em disputa que incorporou elementos desse movimento, em seus vínculos com os interesses societários. Segundo Soares (2010):

Tais elementos têm relação com duas importantes características da política de saúde que vão contribuir decisivamente com o contorno e as particularidades da contrarreforma, bem como com as formas de resistência a esse processo:

1) o direito público e universal à saúde foi resultado da luta e organização do movimento da reforma sanitária, que contribuiu decisivamente para uma concepção politizada desse direito. Mesmo que tal conquista não chegue a questionar a ordem econômica e social, consiste num importante ganho para os interesses da classe trabalhadora. Isto porque no marco da formação social brasileira, com um Estado e uma sociedade profundamente autoritários e distantes dos interesses dos trabalhadores, oscilando na sua trajetória histórica entre regimes autocráticos e democracias restritas, as conquistas de 1988 e, especificamente, a organização do SUS em seus princípios originais se contrapunham a diversos interesses da burguesia nacional e internacional;

2) a política de saúde está diretamente relacionada a um direito humano fundamental: o direito à vida. Após a última Constituição, com a configuração pública estatal que esse direito adquiriu, dificilmente algum agente sociopolítico se contrapõe a ele de forma expressiva e aberta sem levantar grande resistência. (SOARES, 2010, p. 55 e 56)

Todos estes elementos reforçam que a atuação do assistente social deve estar orientada em uma perspectiva teórico-metodológica pautada na Lei de Regulamentação da profissão e no projeto ético-político que se articula com o projeto da reforma sanitária, permitindo a compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa a intervenção profissional e com isso a análise crítica da realidade, tão necessária para estruturar o trabalho e as ações, específicas e coletivas, de resposta as questões postas.

A prática profissional deve resguardar a autonomia relativa e imprimir uma direção social ao exercício profissional em prol dos interesses e direito dos usuários. Na defesa da democratização do acesso, da melhoria da qualidade dos processos, da universalização das ações, pautado na integralidade, na transparência do uso dos recursos, na descentralização e na integralidade defendidos no SUS.

Como tantas outras profissões o Serviço Social está submetido às determinações do capitalismo referentes ao trabalho assalariado, mesmo na saúde. Independentemente do tipo de unidade de saúde e das demandas dirigidas ao Serviço Social a postura do assistente social não deve se colocar de forma passiva a rotina institucional, às solicitações da direção, das demais profissionais e dos serviços de saúde, pois isso vai determinar a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado.

A prática burocrática, não assistencial, que prioriza respostas e demandas por informações e orientações pontuais, que segue mecanicamente regulamentações institucionais

administrativa de preenchimento de formulários, encaminhamentos e cadastros, dificulta e inviabiliza o acesso dos usuários aos serviços e recursos enquanto direito social de forma participativa e consciente.

As demandas atendidas pelo assistente social nas instituições de saúde estão relacionadas ao funcionamento dos serviços prestados pelo hospital são ações complementares que em última instância se tornam funcional a ordem social vigente.

CAPÍTULO III - CARACTERÍSTICAS DA AUTONOMIA RELATIVA PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

3.1 Conhecendo o cenário de pesquisa: o Hospital Regional da Asa Norte e o Núcleo de Serviço Social

O Hospital Regional da Asa Norte começou a ser construído em 1972 e teve suas obras interrompidas em 1975. Em 1980 durante o governo Aimê Lamaison, tendo como secretário de Saúde Jofran Frejat, retomou a obra com algumas modificações na planta física original. No dia 04 de dezembro de 1984, o HRAN foi inaugurado com o objetivo de prestar assistência à saúde da população da Asa Norte, Lago Norte, Paranoá, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro. O primeiro diretor da Regional de Saúde Norte foi Lauro Caminha Fiúza Lima. A obra custou ao GDF onze bilhões e quinhentos milhões de cruzados.

Atualmente, o hospital sob direção da SES/DF, possui 1 (uma) Diretoria Regional com 8 (oito) Gerências de Atendimento e cada uma constituída de diversos Núcleo de Atendimento. Destaca-se que o Núcleo de Serviço Social – NSS está subordinado a Gerencia de Diagnose e Terapia.

Seu espaço físico é de 42 mil metros quadrados de área, divididos em blocos interligados. Conta com emergência de 24 horas na pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, queimados, clínica médica e odontologia. Suas unidades médicas de internação são divididas em sete andares. A pediatria, UTI, centro cirúrgico, obstetrícia e todos os prontos socorros que funcionam no térreo. No segundo andar funciona a maternidade, berçário e banco de leite, no terceiro andar funciona a Unidade de queimados, no quarto andar funciona a cirurgia geral, no quinto andar funciona o setor de hemodiálise e clínica médica, no sexto andar ginecologia e no sétimo cirurgia plástica.

No subsolo funcionam 37 unidades ambulatoriais, usuários que procuram serviços por meio de encaminhamento dos centros de saúde de DF e secretaria de saúde de outras localidades. O hospital conta com 379 leitos oficiais.

É uma instituição de natureza pública, que sofre com o reduzido número de profissionais para atuar nas diversas áreas do hospital, hoje são quatro equipes multidisciplinares compostas por profissionais: médicos de várias especialidades, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outras. Conta também com

profissionais da área de administração, informática, contabilidade, motoristas, operadores de RX, e prestadores de serviço terceirizados na limpeza, segurança e serviços de alimentação.

As características do quadro funcional e o déficit de pessoal acabam por tencionar ainda mais no processo de correlação de forças no interior da instituição, que se concretiza na lógica da contrarreforma, da privatização, da mercantilização e terceirização dentro do hospital.

A demanda no atendimento é complexa está relacionada a consultas médicas, realização de exames, cirurgias, internações, atendimentos de emergência, acompanhamentos, encaminhamentos e tratamentos. O hospital atende usuários com perfis variados e de todas as idades, sexo masculino e feminino, em sua maioria com renda de até um salário mínimo. Cabe salientar que o atendimento de saúde pública no HRAN é universal e um direito de todo cidadão de acordo com o SUS, independente de classe social ou econômica.

Tem como objetivo o planejamento, coordenação e execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população da Regional de Saúde da Asa Norte, ser referência em clínica médica, em cirurgia plástica e em queimados para o DF e entorno.

A equipe do Núcleo de Serviço Social- NSS, no HRAN, é constituída por 12 (doze) Assistentes Sociais, 03 (três) Agentes complementares do Serviço Social e 01 (um) Técnico Administrativo que atuam em setores diferenciados como ambulatório, clínicas médicas, e nas unidades de emergência.

O profissional de Serviço Social atua dentro do hospital em vários momentos, desde a chegada até a saída do usuário da instituição. Em primeiro momento é feita uma triagem através de entrevista e em alguns casos palestra informativa sobre direitos e deveres dos usuários. Nesse momento o assistente social pode desenvolver ação interventiva para colher informação, acompanhar e encaminhar usuários. Na internação, atua para fortalecer a recuperar os vínculos sociais e familiares para o usuário retornar à sua casa, à comunidade, aos albergues, aos asilos e outras instituições.

Mesmo, por vezes, subestimadas a ação profissional do serviço social vem sendo cada vez mais necessária na composição das equipes dos serviços públicos de saúde e operacionalizada por várias atividades. Com a finalidade de identificar as condições

socioeconômicas, familiares e culturais dos usuários e/ou da comunidade e as variáveis que possam influenciar ou ter influenciado na saúde ou doença, no diagnóstico e no tratamento, e possibilidades para a participação da família, responsáveis, amigos e outros no processo de tratamento durante e após o período de internação.

São atribuições dos Assistentes Sociais segundo o Regimento Interno do HRAN:

- Prestar atendimento individual ou em grupo aos usuários para identificar necessidade de intervenção técnica;
- Elaborar estudo de caso social e realizar acompanhamento dos casos;
- Discutir casos sociais com equipe multiprofissional para garantia da integralidade do atendimento e encaminhamento adequado das demandas;
- Prestar orientações e informações ao usuário quanto aos direitos previdenciários, jurídicos, sociais, benefícios e serviços;
- Articular com as Instituições governamentais e/ou não governamentais;
- Realizar visitas domiciliares e/ou institucionais;
- Elaborar estudos socioeconômicos, relatórios, pareceres e projetos sociais;
- Realizar trabalho em grupo com usuários e equipe;
- Participar de treinamento, cursos, seminários, fóruns de áreas afins;
- Coordenar trabalho em grupo de voluntárias;
- Supervisionar estagiários do serviço social das Universidades;
- Cumprir as normas e rotinas institucionais;
- Identificar e estabelecer articulação com a rede social existente, objetivando a garantia do acesso ao atendimento das demandas dos usuários;
- Notificar os órgãos de proteção para criança e adolescente, idosos, assistência social entre outros;
- Comunicar alta médica e orientar sobre o processo de saída da Unidade Hospitalar;
- Tomar providencias relacionadas a alta de pacientes portadores de doenças crônicas, degenerativas, infecciosas, contagiosas e vítimas de violência;
- Contatar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulância para alta, remoção e transferência dos pacientes;
- Orientar os casos de óbito: informar sobre os direitos de seguros, previdência e funeral, além de usar estratégias e rotinas para fazer contato com a rede para conseguir benefícios aos usuários que precisam dar continuidade ao tratamento de saúde após a alta hospitalar.

Como estratégia o Núcleo de Serviço Social fortalece a construção da rede articulando constantemente com instituições governamentais e não governamentais, com parcerias internas e externas, e com outros setores da sociedade civil, em benefício dos usuários, considerando sempre sua autonomia e vontade na solução dos problemas.

A rotina no hospital prevê a realização de abordagens e entrevistas; estudo de caso; visita aos leitos; elaboração de relatórios e pareceres; pesquisas em outras localidades para buscar dados sobre os pacientes; fazer ligação para familiar de usuário internado; assinar parecer para liberação de alimentação para acompanhante de usuários internados; escrever em livros atas tudo que acontece em relação ao usuário internado e outros; escrever no *treck care*,

prontuário eletrônico, as observações relacionadas ao usuário para que outros profissionais possam ter acesso; articular com as redes existentes e prestar informação ao usuário.

O serviço social dentro do hospital está diariamente se afirmando para garantir a sua autonomia, para que o reconhecimento profissional, ou a falta dele, não se torne um limitador para a atuação, além dos recursos financeiros, materiais e/ou humanos que são escassos. Os outros profissionais da instituição reconhecem e demandam o serviço social em diversos momentos, seja na entrada, solicitando auxílio para recuperação de documentos pessoais, seja no acompanhamento de alguma situação específica, ou na saída, onde o serviço social é responsável pelos encaminhamentos e articulação com as redes para tratamentos após a alta hospitalar. Dessa forma o usuário do serviço social é o paciente, seu acompanhante, sua família, amigos, membros da comunidade que ele está inserido e até profissionais do hospital.

Cabe ao Assistente Social articulação com outros segmentos para formular estratégias que efetivem o direito social à saúde, considerando que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas para o trabalho na saúde em todas as dimensões, seja na prestação de serviços, planejamento, assessoria, gestão, mobilização e participação social.

3.2 A condição da autonomia profissional do assistente social

Considerando que o objetivo deste estudo é compreender como tem se caracterizado a autonomia relativa profissional do assistente social, em um contexto de precarização do trabalho e das políticas sociais, sobretudo na Política de Saúde, realizamos entrevista com assistentes sociais que exercem a profissão no Hospital Regional da Asa Norte.

Três assistentes sociais concordaram em participar da pesquisa. Todas do sexo feminino, com idade entre 28 e 52 anos. Quanto à formação 66,6% concluíram a graduação há mais de 10 anos e 33,3% concluiu a menos de 5 anos, e ainda, 66,6% possuem mestrado e 33,3% possui especialização. Quanto à frequência que essas profissionais leem sobre o tema legislação do Serviço Social, 66,6% das assistentes sociais entrevistadas atribuiu a nota 3, em uma escala de 1 à 5, onde quanto mais próximo de 1 menor é a frequência e quanto mais próximo de 5 maior é a frequência, e 33,3% atribuiu nota 4. Sobre a frequência que leem sobre a legislação da política de saúde, 66,6% atribuiu nota 3, e 33,3% nota 4. Referente a leitura de artigos do Serviço Social, 66,6% informou nota 5 e 33,3% nota 2, e relacionado aos artigos da área da política de saúde, 33,3% atribuiu nota 2, 33,3% nota 4 e 33,3% nota 5.

Observamos que as assistentes sociais não se limitaram à graduação e demonstram compromisso com seu aprimoramento intelectual e formação continuada, conforme o previsto nos princípios do Código de Ética, e entendem que a produção do conhecimento é indispensável para uma intervenção de qualidade e para uma visão crítica da realidade.

Todas as assistentes sociais ingressaram no hospital através de concurso, possuem vínculo empregatício no regime estatutário, com apenas um vínculo empregatício atualmente, todas fazem parte do quadro regular da instituição, com carga horária de 40 horas semanais, apesar da alteração da Lei 8.662 através da Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010, que reduziu a jornada de trabalho pra trinta horas semanais sem redução de salário.

A luta pela redução da jornada de trabalho para trinta horas foi um movimento político dos mais relevantes, considerando a tendência do capitalismo de buscar, por todos os meios, a extensão ilimitada da jornada de trabalho, transgredindo tanto limites morais quanto limites físicos e naturais do trabalhador. Mesmo diante de uma conjuntura adversa à ampliação dos direitos, os assistentes sociais conseguiram uma significativa vitória com a aprovação da jornada de trinta horas de trabalho sem redução salarial. É certamente o movimento coletivo mais importante desses últimos anos em defesa de direitos do assistente social como trabalhador assalariado, mas que, como era de esperar, está sendo objeto de desconstrução por parte dos empregadores, exigindo da categoria profissional e de suas entidades políticas a adoção de diferentes estratégias coletivas para fazer valer esse direito para todos(as) os(as) profissionais do país e lutando pela sua extensão a todos os trabalhadores brasileiros. (RAICHELIS, 2013, p.629)

Das assistentes sociais entrevistadas, 66,6% participa de atividade política ligada ao movimento da categoria do serviço social e 33,3% não participa de nenhuma atividade política, seja ela dos movimentos sociais, sindical, partidário, da categoria, etc.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE A) foi construído a partir das discussões realizadas nos capítulos anteriores, englobando as seguintes questões: concepção de autonomia profissional, inserção do serviço social na divisão sócio técnica do trabalho, possibilidades e limites da autonomia relativa profissional na atuação profissional, trabalho em equipe interdisciplinar, projeto ético-político do serviço social, precarização do trabalho e da política de saúde, contexto político, social e político atual da instituição e sua relação com a autonomia profissional do assistente social. Feitas essas considerações passamos para a análise dos dados coletados.

As assistentes sociais sinalizaram uma concepção sobre autonomia profissional ligada ao exercício profissional e as atribuições privativas da profissão que estão regulamentadas. Ter autonomia profissional significa ter a liberdade de atuar conforme o projeto ético-político da profissão, e ter assegurada e respeitada as atribuições privativas do serviço social. Identificam também na autonomia profissional uma possibilidade de imprimir os princípios teóricos da profissão através da intervenção e dos instrumentais técnicos-operativos, como podemos observar no depoimento abaixo:

“Autonomia profissional é você poder ter a liberdade de utilizar seus princípios teóricos, colocar em prática nosso projeto ético-político, poder atuar conforme você está preparado, e o processo de trabalho não fica engessado [...] na nossa profissão eu considero isso uma das melhores coisas, porque você quando intervém na vida de um cidadão, de um trabalhador, você tem autonomia pra construir o rumo da sua intervenção, você pode fazer uma visita domiciliar, se você entender que é necessário, você pode entrevistar familiares, se você entender que é necessário, você pode fazer intervenções que não ficam limitadas” (AS2).

As assistentes sociais durante as entrevistas não fizeram nenhuma referência a sua condição de trabalhador assalariado e a relação com a autonomia profissional, contudo, também consideram prerrogativa da autonomia profissional a identificação das demandas específicas do serviço social.

“[...] é você ter a liberdade dentro da instituição em poder exercer e executar suas atribuições e não ser exigido outras atribuições que não são da área do serviço social. Mas o que acontece na realidade é que a instituição sempre demanda ou procura o serviço social, ou até mesmo outros profissionais, para atribuições que não são nossas” (AS3).

As entrevistadas localizaram o serviço social na divisão sócio técnica do trabalho da instituição inserido na categoria de profissionais que prestam assistência à saúde de qualidade, na perspectiva de garantia de direitos, em um contexto de desconhecimento, por parte dos outros profissionais e dos usuários sobre o que é o serviço social.

“É uma luta constante pra gente está divulgando, informando pra quê que a gente serve, mas é muito gratificante quando você pode atuar na vida dos usuários da saúde e você vê que sua intervenção fez diferença na recuperação da saúde, numa perspectiva de totalidade, entendendo que a saúde não é só o processo de doença” (AS2).

Esse desconhecimento da profissão e do papel do assistente social pode restringir a autonomia profissional, à medida que os empregadores passam a demandar ações que não fazem parte das atribuições do serviço social. É importante ressaltar ainda, que por outro lado, essa autonomia estará seguramente ameaçada, se o próprio assistente social não tiver claro

como deve ser sua atuação profissional, abrindo-se assim a possibilidade de ser solicitado para realizar tarefas incompatíveis com o serviço social. No HRAN as assistentes sociais relataram que existem profissionais que desenvolvem serviços incompatíveis com suas atribuições.

“[...] tem profissionais aqui que agem de uma forma mais assistencialista infelizmente, que tem visões de mundo e perspectivas um pouco mais conservadoras e desenvolvem uma prática profissional baseada na caridade, ajuda, deslocada ao que a gente propõe que seja a prática profissional. [...] Alguns profissionais executam algumas atribuições que não são do serviço social, e somo muito chamados a fazer isso, mas obviamente a gente, a maioria dos nossos profissionais tem uma perspectiva crítica, se posiciona, nega, a gente tem o apoio da chefia, o apoio da gerencia de serviço social, e a gente tem muito detalhado quais são nossas atribuições” (AS3).

O serviço social atualmente está presente em todas as clínicas médicas, no ambulatório e no pronto-socorro e participa de todos os programas oferecidos pelo hospital, entretanto não é possível afirmar que as assistentes sociais participaram da elaboração destes. Na fala das assistentes sociais percebemos que os programas e serviços prestados são elaborados e chegam a equipe de serviço social já prontos, na fase de execução.

“[...] em geral já vem de cima para baixo, já vem instituídos, e na secretária de saúde e no GDF de modo geral, os programas são criados sem condições e sem infraestrutura. Eles criam os projetos, os programas, para darem conta de algumas políticas mas na maioria das vezes, sem as condições materiais, sem as condições estruturais, sem as condições objetivas. Então a gente não faz parte da elaboração dessas políticas e desses programas” (AS1).

Quanto à autonomia para propor e elaborar instrumentais técnicos-operativos as profissionais demonstraram que existe uma preocupação da Gerência de Serviço Social em criar instrumentais adequados ao perfil dos profissionais, as demandas do serviço social e às especificidades das intervenções. As assistentes sociais tem autonomia para escolher os instrumentais que iram usar e sugerir novos.

“Eu criei um quando cheguei aqui. [...] a gente usa um livro de registro de informação só que eu achava muito ruim, achava que não era fácil, então eu criei um instrumental próprio, que tem informações específicas daquele local de atuação” (AS3).

Matos (2013) entende que o registro escrito é uma objetivação do trabalho profissional, e uma expressão do exercício profissional vinculado aos objetivos profissionais. A documentação em serviço social é o conjunto de registros elaborados pelo próprio profissional durante sua intervenção.

Apesar da importância do registro em saúde, há uma precariedade da qualidade dos registros, muito provavelmente causado pelo tipo de instrumental usado, neste sentido o uso de Tecnologia da Informação pode potencializar o trabalho do assistente social e ter consequências na melhoria na prestação dos serviços, sobretudo na socialização da informação e na ampliação do acesso aos direitos sociais (VELOSO, 2011).

O Serviço Social precisa planejar e organizar uma incorporação da TI tomando-a como um elemento auxiliar, subordinado a seus interesses profissionais, não individuais, mas coletivos, permitindo que esse recurso seja colocado a serviço de tais interesses. Agindo desta forma, poderá, além de preservar, ampliar seu espaço de legitimidade profissional. (VELOSO, 2011, p. 172)

Consideramos como uma expressão do processo de precarização do trabalho o desrespeito às condições de trabalho do assistente social e o não reconhecimento por parte do empregador de alguns requisitos técnicos essenciais para o exercício profissional, o que consequentemente iguala o assistente social a um profissional sem qualificação específica, como exemplo, a interferência na autonomia profissional através do desrespeito ao sigilo profissional.

A inexistência de um espaço de atendimento privativo para o assistente social, a violação do material técnico sigiloso do serviço social e/ou quando a instituição não concorda que o material produzido em decorrência dos atendimentos realizados pelo serviço social é de caráter técnico sigiloso são exemplos do desrespeito com o sigilo profissional.

No HRAN as assistentes sociais possuem livre acesso à população usuária, contudo, apontam com uma dificuldade o fato de não existir uma sala para o serviço social nos andares das clínicas médicas, quando se faz necessário, essas profissionais precisam solicitar ao usuário que compareça à sala da chefia, que fica no térreo, para conseguir assegurar o sigilo durante sua intervenção. Os leitos nos hospitais públicos ficam em quartos compartilhados, com até cinco usuários, a inexistência de uma sala naquele andar compromete a autonomia profissional do assistente social e a qualidade do seu atendimento.

Outro fator importante que afeta diretamente a autonomia profissional é o não reconhecimento das atribuições e competências privativas e do conhecimento técnico do assistente social. As profissionais entrevistadas relatam que além do desconhecimento por parte dos outros profissionais sobre a profissão e as atribuições privativas do serviço social, sofrem com o desrespeito ao conhecimento técnico do assistente social.

Durante a experiência do estágio supervisionado, pude presenciar situações que corroboram com essas afirmações. Naquele episódio, uma assistente social registrou no prontuário eletrônico do usuário uma observação sobre a alta hospitalar, informando que aquele paciente só poderia sair da instituição após a visita do conselho tutelar. Acontece que durante o final de semana foi dada a alta sem cumprir tal condicionante, quando a assistente social foi questionar o ocorrido, foi rispidamente interpelada pela funcionária que afirmou que era comum os médicos não lerem as evoluções (observações) de outros profissionais demonstrando claramente desrespeito ao conhecimento técnico do serviço social.

O prontuário surge como uma estratégia de sintetização das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde e para comunicação – tanto na cooperação horizontal entre as diferentes especialidades da medicina, como na cooperação vertical, entre as diversas profissões da saúde – entre essa gama de profissionais frente a ampliação das ações profissionais e da complexidade dos serviços nas unidades de saúde. Portanto, o prontuário, nesse contexto, assume uma necessidade concreta, pois na ausência de um profissional que controle todo o processo de atenção à saúde existe a necessidade de se forjar um registro sobre esses atendimentos e uma comunicação entre os profissionais. Tal comunicação é expressão cabal de que – mesmo que haja uma centralidade de um profissional sobre outro, como o caso, em geral, do profissional da medicina – é impossível a partir daí realizar um trabalho sem a cooperação de diferentes profissionais. (MATOS, 2013, p. 111)

Apesar disso, as assistentes sociais não acreditam que fiquem em uma posição subalterna, em termos de conhecimento técnico, em relação aos outros profissionais da equipe.

“Há uma tentativa, [de colocar o assistente social em posição subalterna, em termos de conhecimento técnico, em relação aos outros profissionais da instituição] mas você sabe que a gente tem um perfil de reivindicar e é muito próprio da profissão conhecer seu valor e tentar garantir seu espaço. [...] eu não conheço aqui no hospital uma assistente social que tenha um perfil de subalterna e que se sinta inferiorizada pelo conhecimento médico ou pelo conhecimento da enfermagem, a gente trabalha de igual pra igual. [...] muitos médicos ficam até impressionados com nosso conhecimento sobre legislação” (AS2).

Sobre as demandas institucionais, as assistentes sociais percebem que a principal é trabalhar a desospitalização do usuário, além de realizar estudos socioeconômicos, fazer encaminhamentos para a rede de proteção, realizar entrevistas sociais com paciente em situação de vulnerabilidade, atuar com crianças e adolescentes desacompanhados, usuários de drogas ou em situação de rua, entre outras que não são atribuições do serviço social, a

exemplo, comunicar óbito a familiares, providenciar roupa hospitalar ou kit para higiene pessoal.

A imposição para que o assistente social realize atribuições que não competem ao serviço social é mais uma forma de interferência na autonomia profissional. É uma forma da instituição planejar as ações do serviço social e nos faz crer que na visão dos empregadores o assistente social é o único profissional que pode se relacionar com os usuários e as famílias e isso justifica responsabiliza-los por atividades tais como: assinatura em declarações, guarda de pertences de pessoas internadas, dentre outras.

“[...] muitas vezes somos chamados a fazer determinadas intervenções que não são da nossa área, ou que qualquer outro profissional poderia fazer. [...] a gente é chamado para dar resolutividade a questões que os outros profissionais não querem resolver” (AS3).

O acompanhamento da produtividade do assistente social e do atendimento das demandas no exercício profissional é controlado através de um instrumento denominado “estatística”, nesse formulário preenchido mensalmente, cada assistente social deve informar o número que realizou de atendimentos, relatórios, visitas domiciliares, entrevistas, pareceres, encaminhamentos, telefonemas, desospitalizações, entre outros.

Este Estado (neoliberal) adota a aparência de neutralidade enquanto cresce a sua dimensão de controle, na mesma medida em que flexibiliza sua dimensão social (...). O Estado gerencial tem sido potencializado e exige novas atribuições para o exercício profissional no contexto no “novo” formato das políticas sociais, cujo o objetivo é a gestão dos “riscos sociais”. Passa a exercer controle sobre a assistente social e sobre as demandas, ainda que de maneira indireta, formatando-as dentro do modelo da política e oferecendo respostas padronizadas. (GUERRA, 2014, p. 54)

Em um contexto de precarização do trabalho e da política social as assistentes sociais entrevistadas apreendem esse como um momento de desmonte das políticas públicas, sobretudo a política de saúde, a política de educação e a política de assistência social, o que reflete diretamente na prática profissional, tanto por conta da agunitização das expressões da “questão social”, e por isso o aumento da pobreza, da violência, da desigualdade de gênero, da desigualdade racial, desigualdade econômica, que afetam diretamente a população atendida no hospital, quanto pelo contexto institucional, onde faltam insumos básicos e faltam condições de trabalho, relacionados com a gestão do hospital.

“[...] a má gestão que complica tudo, é você ter pessoas que não estão capacitadas para gerenciar. Você observa isso, que elas não tem o mesmo compromisso ético e político que o assistente social tem com a comunidade

e com a população usuária. [...]Tudo parte de uma gestão superior, vem lá do governador, existe todo um plano para precarizar, a gente não pode ser ingênua e achar que é falta de dinheiro, essa má gestão vem de cima pra dizer que o público não funciona, no sentido de estimular as privatizações mesmo. [...] e tornar a saúde cada vez mais comercial e mercantil, voltada para o lucro. Saúde hoje é comercializada, um bem que deveria, pela nossa constituição, ser universal, gratuita, pra todo mundo ter acesso” (AS2).

Frente a precarização do trabalho, o desconhecimento por parte da atual gestão, dos demais profissionais, e dos usuários sobre as atribuições do serviço social, as assistentes sociais no HRAN tem tentado assegurar as prerrogativas profissionais previstas na legislação da profissão, através do exercício profissional pautado no projeto ético-político da profissão, em um cenário político-social-econômico institucional que compromete a autonomia profissional a medida que compromete a prática profissional e estimula a desresponsabilização do Estado e a transferência desta responsabilidade para a sociedade civil, no HRAN através de programas de voluntariado.

“[...] vejo também que a expansão do voluntariado dentro do hospital aqui no DF é uma tendência, que existe essa imbricação entre o serviço social e voluntariado, por meio de pegar recursos, roupas, ou qualquer outra coisa que precise” (AS3).

As assistentes sociais estimulam a participação dos usuários, com uma atuação pautada no acesso do direito e na sua viabilização, incentivando e orientando cada dia mais os usuários a procurarem outros níveis de participação e reivindicação, como ouvidorias, associações de bairro, defensorias, conselhos etc., por entenderem a importância dessa participação principalmente na política de saúde.

3.3 A importância da Política Nacional de Fiscalização e da formação profissional para a autonomia relativa profissional

A Política Nacional de Fiscalização está estabelecida na Resolução CFESS nº 512 de 2007 que formula normas gerais para a fiscalização do exercício profissional do assistente social. O serviço social por ser regulamentado como uma profissão liberal, traz a necessidade de regulação do seu exercício profissional por meio de conselhos (SANTOS, 2010).

Este documento expressa que “compete aos CRESS fiscalizar o exercício da profissão do Assistente Social em seu âmbito de jurisdição, assegurando a defesa do espaço profissional e a melhoria da qualidade de atendimento aos usuários do Serviço Social,

articulando as dimensões: afirmativa de princípios e compromissos conquistados; político-pedagógica; normativo e disciplinadora” (PNF, 2007).

Os CRESS, dessa forma fiscalizam o exercício profissional dos Assistentes Sociais nele registrados, as instituições empregadoras de Assistentes Sociais e as pessoas jurídicas que têm por finalidade a prestação de Serviço Social. São responsáveis pela fiscalização do exercício profissional as Comissões de Orientação e Fiscalização – COFIs – que deverão ser constituídas por no mínimo três membros: um conselheiro, um agente fiscal e um Assistente Social inscrito no CRESS.

A Política Nacional de Fiscalização, construída a partir da necessidade de impulsionar a organização de estratégias políticas e jurídicas conjuntas e unificadas na perspectiva de defesa, valorização e fortalecimento da profissão frente aos dilemas da atualidade, está organizada em eixos, diretrizes e objetivos que se desdobram no plano de ações e metas (PNF, 2007).

A primeira das três dimensões: afirmativa de princípios e compromissos conquistados - Expressa a concretização de estratégias para o fortalecimento do projeto ético-político profissional e da organização política da categoria em defesa dos direitos, das políticas públicas e da democracia e, conseqüentemente, a luta por condições de trabalho condignas e qualidade dos serviços profissionais prestados; a segunda, político-pedagógica - Compreende a adoção de procedimentos técnico-políticos de orientação e politização dos assistentes sociais, usuários, instituições e sociedade em geral, acerca dos princípios e compromissos ético-políticos do Serviço Social, na perspectiva da prevenção contra a violação da legislação profissional. E a terceira, normativa e disciplinadora - Abrange ações que possibilitem, a partir da aproximação das particularidades sócio-institucionais, instituir bases e parâmetros normativo-jurídicos reguladores do exercício profissional, coibindo, apurando e aplicando penalidades previstas no Código de Ética Profissional, em situações que indiquem violação da legislação profissional (PNF, 2007).

Desta maneira, a partir das referidas dimensões, percebe-se que a concepção de fiscalização assumida na PNF supera a perspectiva corporativa da organização política quando investe na defesa das políticas públicas e na preocupação com a qualidade dos serviços prestados à população, o que, por sua vez, impacta as condições e relações de trabalho em que se inserem os assistentes sociais. (SANTOS, 2010, p. 157)

Em síntese podemos afirmar que a política de fiscalização do conjunto CFESS/CRESS contribui na consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, na garantia da qualidade dos serviços prestados à população e do respaldo legal e político para as prerrogativas profissionais do assistente social, dentre elas a autonomia profissional, posto que a condição de assalariado torna a autonomia relativa.

A concepção diferenciada de fiscalização adotada no Serviço Social reflete na intervenção profissional no campo das políticas públicas e do controle social também com uma análise diferenciada, pois percebe esses espaços como *locus* privilegiado para a disputa de projetos societários e a democratização do acesso aos direitos pelas demandas provenientes do trabalho. Essa preocupação torna-se salutar quando considerada a conjuntura de reestruturação do mundo do trabalho a partir de parâmetros neoliberais. Em face de tais questões a *Política Nacional de Fiscalização (PNF)* é considerada aqui como mais uma das expressões do projeto ético-político do Serviço Social, a exemplo das Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do assistente social. (SANTOS, 2010, p. 148, grifo do autor)

No que diz respeito à política de educação no país, frente à contrarreforma do Estado, pode-se afirmar que a lógica também tem sido a de mercantilização, associada ao aligeiramento e desqualificação de uma formação crítica. Tal concepção é contrária àquela que, pela sua função pública, se compromete com valores universais. Defende-se, portanto, uma Universidade gratuita, pública e de qualidade, direcionada aos interesses da coletividade e enraizada na realidade regional e nacional. Deve ser democrática, plural e autônoma, tendo como indissociáveis o ensino, a pesquisa e a extensão (IAMAMOTO, 2007).

Há uma lógica um estímulo à privatização do ensino superior, subordinando a educação aos interesses de acumulação do grande capital, o que gera sérios comprometimentos à qualidade do ensino, bem como à sua função pública. Ainda como agravante tem-se a precarização do trabalho dos docentes, com expressivas perdas salariais e a retirada de funções precípuas da Universidade como a pesquisa e a extensão, desqualificando e desvalorizando o trabalho docente.

É neste contexto de ampliação do espaço privado e do deslocamento dos direitos sociais para o setor de prestação de serviços que se regulamenta o Ensino à Distância (EAD), aumentando expressivamente o número de vagas no ensino superior brasileiro. O EAD ilustra a ênfase na privatização e altos índices de lucratividade das empresas educacionais.

Alguns elementos observados, trazidos no documento elaborado pelo CFESS (2011) sobre a incompatibilidade entre a graduação à distância e o serviço social, revelam

como se dá essa dinâmica: falta de transparência e dificuldade no acesso aos dados, desrespeito as Diretrizes Curriculares da ABEPSS e do MEC, irregularidades sobre o Perfil da tutoria em consonância com os instrumentos regulatórios do exercício e formação profissionais, descumprimento da Lei de Estágio 11.788/2008, da Resolução CFESS 533/2008 e da Política Nacional de Estágio da ABEPSS, falta de estrutura dos locais e condições de funcionamento dos pólos de EAD, entre outros.

A expansão de tais cursos na esfera do ensino privado tem consequências significativas no exercício e na formação profissional do assistente social, posto que os novos cursos não acompanharam o processo coletivo de elaboração e de implementação das diretrizes curriculares capitaneadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, e poderá se desdobrar em um exército salarial reserva, pressionando o piso salarial da categoria e a precarização das condições de trabalho (IAMAMOTO, 2007).

O que acaba por não assegurar a formação de um sujeito profissional crítico, pesquisador e que busca ir além das aparências dos fenômenos. Diante do atual cenário que desafia e exige, cada dia mais, um posicionamento crítico do assistente social pode um última instância colaborar com a criação de uma cultura profissional tecnicista, conservadora e pragmática.

A dimensão da formação também interfere na autonomia profissional que se expressa no aspecto teórico metodológico, necessário para a leitura crítica da realidade e compromete a direção social do projeto ético-político profissional. Dessa forma, a formação do profissional com perfil crítico é fundamental. Mas esta formação tem sido ameaçada pela precarização da educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tivemos como objetivo geral desse trabalho de pesquisa fazer uma reflexão sobre as transformações que aconteceram no mundo do trabalho nesse contexto neoliberalista e nas políticas sociais, com o processo de mercantilização e precarização, que vão impactar na autonomia profissional e como tem se formado a concepção de autonomia profissional dos assistentes sociais, através da observação participante, e dos discursos das assistentes sociais entrevistadas.

Notamos que algumas assistentes sociais demonstraram receio em participar da pesquisa. Nós atribuímos isso a ideia de estar sendo avaliadas, e a atribulada rotina hospitalar, essas foram algumas das razões para não termos conseguido maior número de adesões para a realização das entrevistas. Por outro lado, algumas assistentes sociais se mostraram disponíveis em contribuir e fornecer informações, enriquecendo o processo de coleta de dados.

Percebemos que as transformações que afetaram o mundo do trabalho provocaram a redefinição das funções do Estado e tiveram importantes rebatimentos nas políticas sociais, através das privatizações, mercantilizações etc. Consequentemente para o Serviço Social abriram-se nossas possibilidades de atuação nas expressões da “questão social”. Ao mesmo tempo ocorreu um aumento da precarização das condições de trabalho sob as quais o assistente social se insere na condição de trabalhador assalariado.

Aliado a isso, a precarização da formação profissional ameaça a possibilidade de uma maior autonomia técnica em suas três dimensões: a teórico-metodológica, a ético-política e a técnico-operativa, na medida em que a expertise do profissional ou o seu conhecimento especializado tende a ter uma menor qualidade e a diluir-se com o conhecimento de outros profissionais (SIMÕES, 2012).

Percebemos através dos depoimentos coletados que existe a preocupação de que o assistente social deve ter discernimento entre os objetivos profissionais e entre os objetivos da instituição, com o cuidado de não se tornar mero executor da política de saúde. As assistentes sociais têm clareza de que a legislação profissional oferece respaldo jurídico, mas que é o comprometimento profissional, teórico, ético e político que asseguram a efetivação da autonomia profissional.

A autonomia relativa profissional não está restrita ao direito do profissional exercer com liberdade sua atividade profissional, mas refere-se à possibilidade de imprimir o seu conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, defendidos no Projeto Ético-Político do Serviço Social, no seu exercício profissional, particularizando sua intervenção na divisão social e técnica do trabalho.

Enfrentamos tempos difíceis onde as ameaças a autonomia relativa profissional do assistente social têm se materializado de diferentes formas, em um Estado cada dia mais voltado para os interesses do capital que onera apenas a parcela mais pobre da população, usuária dos serviços sociais que sofre com a imposição de sacrifícios, como Emenda Constitucional 94, de limitação drástica dos gastos públicos por duas décadas onde a redução mais significativa atingirá a educação e a saúde.

Penso que esse trabalho de pesquisa foi uma primeira aproximação com o tema autonomia relativa e alguns questionamentos ficaram sem resposta, sendo que um deles é se o assistente social encontra-se em posição subalterna no que diz respeito ao seu conhecimento técnico comparado aos outros profissionais de nível superior no contexto da política de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima. Os Planos de Saúde e as Ameaças ao Sistema de Saúde Brasileiro na Atualidade. **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** Rio de Janeiro. Rede Sirius. 2014.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

BRASIL. Lei 8.662, de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.**

BRAVO, Maria Inês. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de e ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (orgs.). Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

CARVALHO, Lejeune; AZEVEDO, Carlos. Confederação Nacional das Profissões Liberais. **O Profissional Liberal.** Disponível em <<http://www.cnpl.org.br/new/index.php/component/content/article/90-conteudo-estatico/767-o-profissional-liberal>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

CARVALHO, Raul de; IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 15. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Assistentes Sociais do Brasil. Elementos para o estudo do perfil do profissional.** CEFSS, Brasília, 2005.

_____. **Código de Ética Profissional do Assistente social, Lei 8662/93 de Regulamentação da Profissão.** 10ª Edição. CFESS, 2012.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais.** CFESS, Brasília, 2010.

_____. **Resolução CFESS nº 512, de 29 de setembro de 2007.** Ementa. Reformula as normas gerais para o exercício da Fiscalização Profissional e atualiza a Política Nacional de Fiscalização.

_____. **Sobre a incompatibilidade entre a graduação à distância e o serviço social.** CEFSS, 2011.

Constituição Federal de 1988.

COSTA, Maria Dalva. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** In: Revista Serviço Social e Sociedade (62). São Paulo: Cortez, 2000.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Manifesto contra a EBSEH: leia, informe-se e assine!** Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/manifesto-contr-ebserh-leia-informe-se.html>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

GUERRA, Yolanda. **Transformações societárias e serviço social: repercussões na cultura profissional.** In: MOTA, A. E.; AMARAL, A. Serviço social brasileiro nos anos 2000: cenários, peijas e desafios. Recife: Ed. UFPE, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez. 2007.

MATOS, M. C. de. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS Princípios e Conquistas.** Brasília, DF. 2000. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

MONTAÑO, C. E. **Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** São Paulo: Cortez, 2002.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto ético – político frente à crise contemporânea**. In: Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo I, CFESS/ CRESS/ ABEPSS/ CEAD, 1999.

_____. **Introdução ao método na teoria social**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009.

NOGUEIRA, Vera Maria; MIOTO, Regina Célia. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

RAICHELIS, Raquel. **Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, 2013.

SANTOS, Josiane Soares. **Fiscalização do exercício profissional e projeto ético-político**. Serv. Soc. Soc. São Paulo, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Hospital Regional da Asa Norte – HRAN**. Disponível em < <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/500-regional-de-saude-da-asa-norte.html>>. Acesso em: 24 mai. 2016.

SIMÕES, Nanci Lagioto Hespanhol. **Autonomia Profissional X Trabalho Assalariado: Exercício Profissional do Assistente Social**. 157 f. Dissertação Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. 2012.

SOARES, Raquel. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 209 f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. In Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

VELOSO, Renato. **Serviço Social, Tecnologia da Informação e Trabalho**. São Paulo: Cortez, 2011.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

Perfil do Profissional.

1. Sexo
() masculino () feminino
2. Nível formação profissional
() graduação () pós graduação () especialização () mestrado () doutorado () outros

3. Em que ano concluiu a graduação? _____
4. Idade: _____
5. Vínculo empregatício
6. Qual a forma de ingresso no hospital?
7. Quantidade de vínculos empregatícios?
8. Cedido ou do quadro regular?
9. Carga horária
10. Carga horária na secretaria de saúde?
11. Carga horária no 2º vínculo empregatício?
12. Com que frequência lê sobre: (Onde quanto mais próximo de 1 menor a frequência e quanto mais próximo de 5 maior a frequência)
Legislação do Serviço Social
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Legislação da área da Política de Saúde
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Artigos área do Serviço Social
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Artigos área da Política de Saúde
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
13. Participa de alguma atividade política?
() movimento sindical () movimento partidário () movimento social () movimento da categoria do serviço social () outro _____

Autonomia Profissional no espaço ocupacional.

14. O que é autonomia profissional?

15. Onde está inserido o Serviço Social dentro da divisão sócio técnica do trabalho na instituição?
16. O Assistente Social desenvolve serviços incompatíveis com suas atribuições?
17. O Assistente Social participa da elaboração dos programas e dos serviços oferecidos?
18. O Assistente Social tem autonomia para propor instrumentais técnicos-operativos? Quais são definidos pelo Assistente social e quais são definidos pela instituição?
19. Existe espaço físico adequado, que resguarde o sigilo profissional, para o Assistente Social realizar atendimento?
20. O Assistente Social tem livre acesso à população usuária?
21. As atribuições e competências privativas e o conhecimento técnico do Assistente Social são reconhecidos?
22. Há no seu espaço profissional pessoas não graduadas em Serviço Social que realizam atribuições privativas do Assistente Social? Quais?
23. O Assistente Social fica em uma posição subalterna, em termos de conhecimento técnico, em relação aos demais profissionais da equipe?
24. Quais são as principais demandas institucionais?
25. Existe algum instrumento de controle institucional sobre o exercício profissional?
26. Quais dificuldades enfrentadas no contexto de precarização do trabalho e da política social?
27. O Assistente Social tem conseguido assegurar as suas prerrogativas profissionais previstas na legislação da profissão, frente à precarização do trabalho?
28. O quadro político-social-econômico-institucional atual favorece ou compromete a autonomia profissional?
29. A ação profissional do Assistente Social estimula a participação dos usuários? Como?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Condição da Autonomia Profissional do Assistente Social no contexto de Precarização da Política Social”, de responsabilidade de Jéssica Aguiar Pontes, aluna de graduação, da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é fazer uma reflexão sobre as transformações que aconteceram no mundo do trabalho nesse contexto neoliberalista e nas políticas sociais, com o processo de mercantilização e precarização, que vão impactar na autonomia profissional e como tem se formado a concepção de autonomia profissional dos assistentes sociais. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do e-mail jessicaapontes@hotmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de e-mail podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____